

Zivilschutz- Forschung

Schriftenreihe der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
Herausgegeben vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophen-
hilfe im Auftrag des Bundesministeriums des Innern

Neue Folge Band **57**

Prof. Dr. Irmtraud Beerlage

Thomas Hering

Liane Nörenberg

Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung

unter Mitarbeit von Jan Martin Schmidt,
Dörthe Schulze, Dana Sonnenberg

ISSN 0343-5164

ZIVILSCHUTZFORSCHUNG
Neue Folge Band 57

Zivilschutz- Forschung

Schriftenreihe der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
Herausgegeben vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophen-
hilfe im Auftrag des Bundesministeriums des Innern

Neue Folge Band **57**

Prof. Dr. Irmtraud Beerlage

Thomas Hering

Liane Nörenberg

Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung

unter Mitarbeit von Jan Martin Schmidt,
Dörthe Schulze, Dana Sonnenberg

ISSN 0343-5164

Herausgeber:
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Postfach 20 03 51, 53133 Bonn
Telefon: (0 18 88) 5 50-0
Telefax: (0 18 88) 5 50-5 80
Internet: www.bbk.bund.de

Die Arbeit gibt die Meinung der Autoren wieder. Sie stellt keine Äußerung des Herausgebers dar und ist auch nicht als solche auszulegen.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung sowie Verarbeitung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes erlaubt, unter vollständigem Zitat der Quelle jedoch ausdrücklich erwünscht.

Dieses Werk darf ausschließlich kostenlos abgegeben werden und auch nicht mit Versandkosten und Schutzgebühren beaufschlagt werden. Weitere kostenlose Exemplare des Buches oder anderer Publikationen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe können beim Herausgeber kostenlos angefordert werden. Am Ende dieses Buches befindet sich eine Liste mit allen erschienenen Bänden in dieser und weiterer Schriftenreihen. Teilweise stehen die Inhalte auch als Download unter www.bbk.bund.de im Internet als pdf-Datei zur Verfügung.

Zusammenfassung

Mit zunehmender Sensibilität für psychische Folgen von Extremereignissen, auch bei Einsatzkräften, ist zum einen eine *Vielfalt* von qualitativ sehr *heterogenen, nicht flächendeckenden PSNV-Angeboten entstanden*, zum anderen sind verinselte, nebeneinander agierende, professionsspezifische, organisationsinterne oder regionale kooperative Netze entstanden. Insbesondere bei Großschadenslagen und in Katastrophenfällen besteht somit noch die Gefahr von *Versorgungslücken* oder -zufälligkeiten sowie von *Reibungsverlusten* in der Koordination der Hilfen.

Als Ziel des Netzwerk-Projektes wurde die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten *Fach- und Organisationskonzeptes zur Vernetzung und strukturellen Einbindung* der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) für Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehr, der Rettungsdienste und des Technischen Hilfswerkes definiert.

In der Bestandsaufnahme der aktuellen Fachdiskussion konnten als Erschwernisse einer Kooperation und Koordination unterschiedliche fachwissenschaftliche Thematisierungen von Anforderungen und Belastungen im Einsatzwesen, unterschiedliche Handlungslogiken der Akteure, unterschiedliche Definitionen von einzubeziehenden Experten sowie unterschiedliche Zielvorstellungen für Vernetzungsbestrebungen herausgearbeitet werden. Es konnte gezeigt werden, dass Vernetzung aller PSNV-Angebote allein nicht zur Lösung der beschriebenen Probleme beitragen könne.

- **Erweiterung der fachwissenschaftlichen und praktischen Perspektiven**
Empfehlung:
 - Erweiterung der dominierenden psychotraumatologischen Perspektive auf Anforderungen und Belastungen der Einsatzkräfte um eine arbeits-, organisations- und gesundheitswissenschaftliche Perspektive
 - Erweiterung des primärpräventiven Spektrums
- **PSNV-Fachaufsicht im Rahmen der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung**
Empfehlung:
 - Ansiedlung der Aufgaben Qualitätssicherung, PSNV-Datenbank, Informations- und Kommunikationsplattform am Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im Zentrum Krisenmanagement in enger Abstimmung mit der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) und Zentrum Forschung sowie mit den Vertretern der Länderinnenressorts im AK V und AK II
 - Zentrale Qualifizierung für PSNV-Management-/Führungsfunktionen in den Ländern an der AKNZ
 - Einberufung einer Bundes-Task-Force PSNV zur Unterstützung regionaler PSNV-Management-/Führungskräfte bzw. Vertretung (falls diese in den Ländern noch nicht zur Verfügung stehen)

- **Bundesweite Harmonisierung der Strukturen zur strukturellen Einbindung von Standards der Koordination im Großschadens- bzw. Katastrophenfall**
Empfehlung:
 - Bundesweite Harmonisierung der strukturellen Einbindung von PSNV in der Großschadenslage auf der Ebene der Länderspitzen (PSNV-Management-Führungsfunktionen mit enger Anbindung an den Einsatzabschnitt PSNV mit Unterabschnitten Opfer/Angehörige sowie Einsatzkräfte; PSNV-Anbieter-Ausweise, Informationsmanagement)
 - Klärung der politischen und (sozial-)rechtlichen Rahmenbedingungen der Beauftragung
- **Einführung von Mindeststandards der Qualifikation für definierte Tätigkeiten, Zielgruppen und Zeitfenster der PSNV**
Empfehlung:
 - Einberufung eines Akkreditierungsausschusses zur Prüfung PSNV-relevanter Curricula
- **Standards der Sicherstellung von PSNV-Angeboten im Vorfeld**
Empfehlung:
 - Berufung eines Landesbeauftragten PSNV bzw. Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV mit den Aufgaben Akkreditierung von PSNV-Anbietern, vertikale Vernetzung mit Bundesbehörden, horizontale Vernetzung mit Landesbehörden und Hilfsorganisationen sowie PSNV-Anbietersystemen.
 - Akkreditierung von PSNV-Anbietern (Personen und Teams) auf Landesebene
- **Standards der einheitlichen Bezeichnung und Erfassung von PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern**
Empfehlung:
 - Ausgabe eindeutiger Sprachregelungen durch das BBK
 - Einrichtung einer bundesweiten PSNV-Datenbank auf Bundesebene mit bundeseinheitlichem Erfassungsstandard auf der Basis eindeutiger Sprachregelungen.
- **Standards leistungsfähiger Vernetzungsformen**
Empfehlung:
 - Zentrale Informations- und Kommunikationsplattform angesiedelt beim BBK
 - Einrichtung von Länderarbeitskreisen
 - Institutionelle Unterstützung durch die Landeszentralstelle PSNV/den Landesbeauftragten PSNV

Schlüsselwörter: Zivil- und Katastrophenschutz, Großschadenslage, Einsatzkräfte, Rettungsdienst, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Arbeitsbelastungen, Burnout, Notfallpsychologie, Notfallseelsorge, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Notfallversorgung, Prävention, CISM/SbE, Netzwerk

Abstract

Increasing awareness of psychological consequences of extreme events (also among task force personnel) has led to the emergence of numerous support services, mostly of rather heterogenous quality and usually not networked. Alongside those, isolated services have developed, operating individually on a regional, corporate or professional basis. Major emergency situations and disasters, in particular, still involve the danger of insufficient or random assistance and of friction losses in the coordination of support.

The defined goal of the project was the development of a scientifically founded technical and organisational concept cross-linking and integrating emergency psycho-social support (EPSS) for members of the fire brigades (voluntary and professional), rescue services and the Federal Agency for Technical Relief (THW).

The current academic discussion highlights the obstacles in the way towards cooperation and coordination: differing scientific approaches regarding tasks and strains during emergency operations, differing operational routines on the part of helpers, differing opinions about which experts be involved, and differing goals of networking attempts. It could be shown that cross-linking all existing EPSS measures is not sufficient to solve existing problems.

- **Extension of the scientific and practical perspectives**

- **Recommendation:**

- Extension of the dominant psycho-traumatological perspective on tasks and strains of task force members with a work, organisation, and health science perspective
 - Extension of the primary preventive spectrum.

- **Monitoring EPSS in the context of the New Strategy for the Protection of the Population**

- **Recommendation:**

- Reassignment of quality management, data base, information and communication platform tasks to the BBK crisis management centre in close coordination with AKNZ, the Zentrum Forschung (research centre) and representatives of ministers and senators of the interior in AK V and II (working groups 5 and 2)
 - Unified qualification training for EPSS, based at AKNZ
 - Creation of a federal task force to support regional EPSS managers or act in their place (in case no managers have been appointed regionally).

- **Nationwide harmonisation of the structures of institutional implementation of coordination standards in case of major emergencies or disasters**

- **Recommendation:**

- Nationwide harmonisation of the structures of institutional implementation of EPSS in case of major emergencies on regional governmental and

administrative levels (EPSS management functions directly tied in with the local EPSS management and subdivisions victims/next-to-kin and helpers; service providers ID, information management)

- Examination of the general (socio-)legal framework for contracting emergency services.

- **Introduction of minimum qualification standards for defined tasks, target groups and time management of EPSS action.**

Recommendation:

- Appointment of an accreditation committee for the evaluation of EPSS related curricula.

- **Standards to safeguard existing EPSS services**

Recommendation:

- Allocation of key responsibilities to regional EPSS representatives to be appointed (including networking, administrative services and accreditation of EPSS providers.
- Accreditation of service providers (individuals and teams) on a regional basis.

- **Standards of uniform designation and collection of services and providers data**

Recommendation:

- Definition of unambiguous terminology
- Creation of a central EPSS units data base on a federal level on the basis of uniform standards and designation.

- **Standards of efficient networking**

Recommendation:

- Central information and communication platform operating from within the BKK
- Creation of regional working groups.

Keyphrases: disaster, disaster relief and civil protection, emergency personnel, ambulance service, fire brigade, Federal Agency for Technical Relief, work related stress, burnout, emergency psychology, emergency pastoral support, psychological first aid, psycho-social emergency support, prevention, CISM, network

| | |
|--------------------------|---|
| Zusammenfassung | 5 |
| Abstract | 7 |
| Inhaltsverzeichnis | 9 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Tabellenverzeichnis | 16 |
|----------------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 19 |
|------------------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Abkürzungsverzeichnis | 21 |
|------------------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 1. Ausgangslage, Projektziele und Ansätze zur Entwicklung von Standards struktureller Einbindung und Vernetzung | 25 |
| 1.1 Ausgangslage | 25 |
| 1.2 Übergeordnete Zielsetzungen | 28 |
| 1.2.1 Zweiter Gefahrenbericht der Schutzkommission | 28 |
| 1.2.2 Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland | 28 |
| 1.2.3 Verbesserung des Bevölkerungsschutzes in Gegenwart und Zukunft | 30 |
| 1.3 Ziele des Netzwerk-Projektes | 31 |
| 1.3.1 Gesamtziel | 31 |
| 1.3.2 Einzelziele | 32 |
| 1.4 Versuchseinrichtungen, Rechenprogramme | 35 |
| 2. Durchgeführte Arbeiten | 36 |
| 2.1 Herstellung von Rahmenbedingungen | 36 |
| 2.2 Herstellung eines fachlichen Sachstandes – Literaturrecherche und Dokumentenanalyse | 36 |
| 2.3 Bedarfsschätzung | 37 |
| 2.4 Entwicklung von Standards und Empfehlungen | 38 |
| 2.5 Vernetzung in den Modellländern und bundesweit | 39 |
| 2.6 Öffentlichkeitsarbeit | 41 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.7 | Kongressteilnahmen | 42 |
| 2.8 | Fachaustausch mit Parallelprojekten | 42 |
| 2.9 | Mitwirkung in Aus-, Fort- und Weiterbildung | 43 |
| 3. | Stand der Fachdiskussion – Systematisierung der Vielfalt | 44 |
| 3.1 | Vorbemerkungen | 44 |
| 3.2 | Belastungen und Fehlbeanspruchungsfolgen im Katastrophenschutz | 46 |
| 3.2.1 | Belastungs- und Fehlbeanspruchungsfolgen | 48 |
| 3.2.2 | Dominante psychologische Perspektiven und psychologisch begründete Ziele der PSNV für Einsatzkräfte: Psychotrauma- tologie und Arbeits- und Organisationspsychologie | 51 |
| 3.3 | Prozessverständnisse und Handlungslogiken unterschiedlicher Akteure im Zivil- und Katastrophenschutz | 55 |
| 3.3.1 | Die Notfall-Logik | 56 |
| 3.3.1.1 | Die präklinische Notfall-Logik | 56 |
| 3.3.1.2 | Die Psychologische Notfall-Logik | 57 |
| 3.3.2 | Die Kriseninterventionslogik | 58 |
| 3.3.2.1 | Psychosoziale Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise | 59 |
| 3.3.2.2 | Psychosoziale Kriseninterventionslogik im Notfall | 60 |
| 3.3.3 | Psychotraumatheorie-Logik | 62 |
| 3.3.4 | Betriebliche Gesundheitsförderungslogik | 63 |
| 3.3.5 | Erste Sprachregelungen: Handlungslogiken im Spektrum der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Rahmen der PSNV für Einsatzkräfte | 65 |
| 3.3.5.1 | Primärprävention (Angebot nur für Einsatzkräfte) | 66 |
| 3.3.5.2 | Krisenintervention, Notfallnachsorge und Einsatznachsorge nach traumatischen Situationen und Erfahrungen | 66 |
| 3.3.5.3 | Strategien der Nachsorge in unterschiedlichen Zeitfenstern | 68 |
| 3.3.5.3.1 | Kurzfristige und mittelfristige Krisenintervention als Sekundärprävention | 68 |
| 3.3.5.3.2 | Langfristige Nachsorge als Sekundärprävention | 69 |
| 3.3.5.3.3 | Langfristige Nachsorge als Tertiärprävention | 69 |
| 3.4 | „Experten“ und „relative“ Expertise im Zivil- und Katastrophenschutz | 70 |
| 3.5 | Vernetzungsvorstellungen | 74 |
| 3.5.1 | Netzwerkbilder als implizite Ziele eines Vernetzungsauftrages ... | 74 |
| 3.5.2 | Vorgehen, Methodik | 76 |
| 3.5.3 | Ergebnisse: Bilder von Vernetzung | 77 |
| 3.5.3.1 | Datenbank | 77 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.5.3.2 | Plattform | 78 |
| 3.5.3.3 | Koordinierungs- oder Zentralstelle | 78 |
| 3.5.3.3.1 | Kontinuierliche Zentralstelle | 79 |
| 3.5.3.3.2 | Koordinierungsstelle im Akutfall | 80 |
| 3.5.3.3.3 | Vergleichende Betrachtung der kontinuierlichen Zentralstelle und der Koordinierungsstelle im Akutfall | 82 |
| 3.5.3.4 | Verein, Vereinigung | 83 |
| 3.5.3.5 | Vermittlungsstelle | 84 |
| 3.5.3.6 | Psychologische Rettungskette | 85 |
| 3.6 | Rechtliche Rahmenbedingungen | 85 |
| 3.6.1 | Zuständigkeiten, Pflichten, Verantwortung | 86 |
| 3.6.1.1 | Primärprävention | 86 |
| 3.6.1.2 | Sekundärprävention, kurzfristig einsetzende Maßnahmen, Versorgung, Rehabilitation, Tertiärprävention | 88 |
| 3.6.2 | Durchführung der Leistungen, Beauftragung | 89 |
| 3.6.2.1 | „Routineeinsätze“ | 89 |
| 3.6.2.2 | Katastrophenlage | 90 |
| 3.6.2.3 | Polizeiliche Lagen | 91 |
| 3.6.3 | Öffentlichkeitsarbeit | 92 |
| 3.6.4 | Rechte und Pflichten bestimmter Personengruppen | 93 |
| 3.6.4.1 | Ausübung von Heilkunde, insbesondere Psychotherapie | 93 |
| 3.6.4.2 | Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht | 94 |
| 4. | Aus dem Sachstand abgeleitete Ebenen der Entwicklung von Standards | 96 |
| 5. | Kriterien zur Schätzung des Bedarfs an PSNV | 99 |
| 5.1 | Methodische Annäherung an die Bedarfsschätzung | 99 |
| 5.2 | Allgemeine Probleme der Bedarfsschätzung | 101 |
| 5.3 | Nebenerhebungen für die Bedarfsermittlung bei Einsatzkräften der Rettungsdienste, der freiwilligen und der Berufsfeuerwehren(MARAM/MAFAM) | 102 |
| 5.3.1 | Problemstellung | 103 |
| 5.3.2 | Untersuchungsgegenstände | 103 |
| 5.3.2.1 | Anforderungen im Rettungsdienst sowie der Feuerwehr und ihre Erfassung | 104 |
| 5.3.2.1.1 | Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst | 105 |
| 5.3.2.1.2 | Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr | 106 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 5.3.2.1.3 | Zusammenfassende kritische Bewertung der Messinstrumente .. | 112 |
| 5.3.2.2 | Wohlbefinden | 113 |
| 5.3.2.3 | Burnout | 113 |
| 5.3.3 | Fragestellungen und Methodik | 115 |
| 5.3.4 | Das Erhebungsinstrument | 116 |
| 5.3.5 | Datenauswertung | 117 |
| 5.3.6 | Ergebnisse: Anforderungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Rettungsdienst | 117 |
| 5.3.6.1 | Rücklauf | 117 |
| 5.3.6.2 | Stichprobencharakteristika | 117 |
| 5.3.6.3 | Ergebnisse der Untersuchung | 118 |
| 5.3.6.3.1 | Anforderungen und Belastungen im Rettungsdienst | 118 |
| 5.3.6.3.2 | Burnout im Rettungsdienst | 119 |
| 5.3.6.3.3 | Wohlbefinden im Rettungsdienst | 121 |
| 5.3.6.3.4 | Auswirkungen der Arbeit im Rettungsdienst | 121 |
| 5.3.7 | Ergebnisse: Anforderungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr ... | 125 |
| 5.3.7.1 | Rücklauf | 125 |
| 5.3.7.2 | Stichprobencharakteristika | 125 |
| 5.3.7.3 | Ergebnisse der Untersuchung | 127 |
| 5.3.7.3.1 | Anforderungen und Belastungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr | 127 |
| 5.3.7.3.2 | Burnout in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr | 129 |
| 5.3.7.3.3 | Wohlbefinden in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr | 132 |
| 5.3.8 | Diskussion und Bedeutung für die Praxis | 133 |
| 6. | Standards der Kooperation im Ereignisfall | 136 |
| 6.1 | Durchführung und Auswertung von Interviews mit Koordinierungsexperten in vier ausgewählten Großschadenslagen des Jahres 2002 | 136 |
| 6.1.1 | Begründung der Auswahl der Ereignisse | 137 |
| 6.1.2 | Begründung der Auswahl der Gesprächspartner | 138 |
| 6.1.3 | Fragestellung | 138 |
| 6.1.4 | Auswertung der Interviews | 139 |
| 6.2 | Ergebnisse | 140 |
| 6.2.1 | Planung und Durchführung der Koordinierung | 141 |
| 6.2.1.1 | Bedarfsermittlung und Bedarfsentwicklung | 141 |
| 6.2.1.2 | Dokumentation und Evaluation PSNV | 145 |
| 6.2.1.3 | Informationsmanagement | 145 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.2.1.4 | Sicherung der Akzeptanz psychosozialer Angebote | 148 |
| 6.2.1.5 | Einsatz und Koordination von PSNV-Kräften | 149 |
| 6.2.1.6 | Strukturelle Voraussetzungen für eine optimierte Planung und Koordinierung | 150 |
| 6.2.2 | Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung ... | 151 |
| 6.2.2.1 | PSNV-Struktur in der Katastrophen- bzw. Großschadenslage ... | 151 |
| 6.2.2.2 | Wer koordiniert PSNV in einer konkreten Lage? | 155 |
| 6.2.2.3 | Phasen- und bereichsspezifische Kompetenzen von PSNV-Anbietern | 158 |
| 6.2.2.4 | Strukturelle Voraussetzungen für eine optimierte Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung | 160 |
| 6.2.3 | Einsatz von Kräften und Mitteln im Rahmen der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen | 160 |
| 6.2.3.1 | Angebote im Rahmen der PSNV | 161 |
| 6.2.3.2 | Strukturelle Voraussetzungen für einen optimierten Einsatzunterschiedlicher PSNV-Angebote | 162 |
| 6.2.4 | Qualifikation von Koordinatoren und Anbietern der PSNV ... | 162 |
| 6.2.4.1 | Anforderungen an Koordinatoren in der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen | 162 |
| 6.2.4.2 | Ausbildungsinhalte zur Vorbereitung auf koordinierende Tätigkeiten in der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen | 164 |
| 6.2.4.3 | Strukturelle Voraussetzungen für die Klärung von Qualifikationen | 164 |
| 6.2.5 | Schlussbetrachtung | 165 |
| 7. | Standards der strukturellen Einbindung von PSNV– Harmonisierung und Qualitätssicherung | 167 |
| 7.1 | Vorbemerkungen | 167 |
| 7.2 | Empfehlungen zur Regelung der strukturellen Einbindung in die Neue Sicherheitsarchitektur und der Qualitätssicherung .. | 168 |
| 7.2.1 | Fachaufsicht über Qualitätssicherung, Qualifizierung und zentrales Informationsmanagement – Ebene des Bundes ... | 171 |
| 7.2.2 | Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards: Der Akkreditierungsausschuss – Ebene des Bundes | 172 |
| 7.2.2.1 | Vorteile eines Akkreditierungsausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Curricula in der PSNV | 174 |
| 7.2.2.2 | Aufgaben und Arbeitsweise des Akkreditierungsausschusses ... | 175 |
| 7.2.2.3 | Offene Fragen im Zusammenhang mit den Aufgaben und Arbeitsweisen des Akkreditierungsausschusses | 177 |
| 7.2.2.4 | Zusammensetzung des Akkreditierungsausschusses | 180 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 7.2.3 | Harmonisierung der strukturellen Einbindung – Ebene des Bundes und der Länderspitzen | 182 |
| 7.2.4 | Sicherstellung und Qualifizierung von PSNV im Vorfeld – Ebene der Länder und Kommunen | 186 |
| 7.2.5 | Empfehlungen zur Regelung der strukturellen Einbindung in den Katastrophenschutz – Ebene der Kreise und Kreisfreien Städte | 189 |
| 7.3 | Abschlussbemerkung | 189 |
| 8. | Standards der Verständigung – Sprachregelungen | 190 |
| 8.1 | Problem- und Zielstellung | 190 |
| 8.2 | Bezugssysteme, „Zielgruppen“ und „Zeit“ | 191 |
| 8.2.1 | Zielgruppen der PSNV | 191 |
| 8.2.2 | Psychosoziale Notfallversorgungsstrategien im zeitlichen Verlauf der PSNV | 191 |
| 8.3 | Leitlinien der Entwicklung von eindeutigen Sprachregelungen .. | 193 |
| 8.4 | Empfehlungen zu einer eindeutigen Sprachregelung | 195 |
| 8.4.1 | Vorbemerkung: Psychosoziale Unterstützung oder Psychosoziale Notfallversorgung? | 195 |
| 8.4.2 | Grundsätzliche Merkmale des Vorschlags | 197 |
| 8.4.3 | Glossar | 204 |
| 8.5 | Aufgaben und (Führungs)Funktionen PSNV-Management | 214 |
| 9. | Standards einer einheitlichen Abfrage von PSNV-Angeboten, PSNV-Anbietern und Experten der PSNV | 220 |
| 9.1 | Zielsetzung einer bundesweiten PSNV-Datenbank | 220 |
| 9.2 | Datenerfassung, Pflege der bundesweiten PSNV-Datenbank, Abruf der Daten | 221 |
| 9.3 | Inhalte der bundesweiten PSNV-Datenbank | 223 |
| 9.4 | Suche in der bundesweiten PSNV-Datenbank | 225 |
| 10. | Standards einer leistungsfähigen Vernetzung | 227 |
| 10.1 | Begriffsklärungen | 227 |
| 10.2 | Vernetzung aus unterschiedlichen fachwissenschaftlichen Perspektiven | 230 |
| 10.2.1 | Kommunikationswissenschaften | 231 |
| 10.2.2 | Psychosozialer Bereich und Sozialpolitik | 232 |
| 10.2.3 | Wirtschaft | 234 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 10.2.4 | Schlussfolgerungen | 236 |
| 10.3 | Vernetzungsformen und Prozesse in den Modellländern | 237 |
| 10.3.1 | Sachsen Anhalt: Von wenigen integrierten Knotenpunkte zu einer segmentierten Gesamtstruktur | 237 |
| 10.3.2 | Berlin: Von getrennten Strukturen zu einer Verknüpfung von arbeitsteiligen Segmenten | 241 |
| 10.3.3 | Sachsen-Anhalt und Berlin im Vergleich | 244 |
| 10.4 | Vernetzungsformen in anderen Bundesländern | 245 |
| 10.5 | Empfehlungen | 248 |
| 10.5.1 | Zentrale Informations- und Kommunikationsplattform beim BBK | 248 |
| 10.5.2 | Landesarbeitskreis und Jahrestagung | 251 |
| 11. | Abschlussbemerkungen | 253 |
| 12. | Literaturverzeichnis | 255 |
| | Anhang 1 Tabellen MARAM | 278 |
| | Anhang 2 Erfassungsbogen | 293 |

Tabellenverzeichnis

Seite

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 1: | Interkorrelation der Belastungsskalen | 106 |
| Tabelle 2: | Item- und Skalenanalyse des Instruments zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst | 107 |
| Tabelle 3: | Maßzahlen ausgeschlossener Variablen (Items) ¹⁶ | 108 |
| Tabelle 4: | Item- und Skalenanalyse des Instruments zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr | 109 |
| Tabelle 5: | Interkorrelation der Belastungsskalen | 110 |
| Tabelle 6: | Item- und Skalenanalyse zur Erfassung von Anforderungen aus der Arbeitszeit bei freiwilligen und Berufsfeuerwehren | 111 |
| Tabelle 7: | Korrelationsmatrix Belastungen, Burnout und Wohlbefinden | 122 |
| Tabelle 8: | Die Belastungsvariable „Regulationshindernisse“ im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr und zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst | 128 |
| Tabelle 9: | Burnoutmaße im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr sowie zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst | 131 |
| Tabelle 10: | Wohlbefindensmaße im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr und zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst | 133 |
| Tabelle 11: | Interviews mit Koordinierungsexperten nach Großschadenslage | 137 |
| Tabelle 12: | Voraussetzungen zur Ausübung koordinierender Tätigkeiten in Großschadens- und Katastrophenlagen | 163 |
| Tabelle 13: | Mögliche Zusammensetzung des Akkreditierungsausschusses. | 181 |
| Tabelle 14: | Übersicht über Maßnahmen der PSNV im zeitlichen Verlauf | 192 |

| | | |
|--------------------|--|-----|
| Tabelle-Anhang 1: | Itempool Anforderungen im Rettungsdienst | 278 |
| Tabelle-Anhang 2: | Codierung der Items der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst. | 279 |
| Tabelle-Anhang 3: | Vorläufige Faktorenstruktur der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst | 279 |
| Tabelle-Anhang 4: | Rotierte Faktorenmatrix der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst | 280 |
| Tabelle-Anhang 5: | Maßzahlen ausgeschlossener Items der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst und Ausschlussgrund | 281 |
| Tabelle-Anhang 6: | Faktorenstruktur der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Stichprobenerweiterung | 281 |
| Tabelle-Anhang 7: | Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Alter (einfaktorielle ANOVA) | 282 |
| Tabelle-Anhang 8: | Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Berufserfahrung (einfaktorielle ANOVA) | 283 |
| Tabelle-Anhang 9: | Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 1 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 284 |
| Tabelle-Anhang 10: | Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 2 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 285 |
| Tabelle-Anhang 11: | Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 3 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 286 |
| Tabelle-Anhang 12: | Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 4 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 286 |
| Tabelle-Anhang 13: | Erklärte Gesamtvarianz der ursprünglichen Lösung der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 287 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle-Anhang 14: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 1 (Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 287 |
| Tabelle-Anhang 15: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 2 (Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 288 |
| Tabelle-Anhang 16: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 3 (Einsätze mit Extremanforderungen) und Faktor 4 (Einsätze mit persönlich bekannten Opfern) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 288 |
| Tabelle-Anhang 17: Erklärte Gesamtvarianz der endgültigen Lösung der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. | 289 |
| Tabelle-Anhang 18: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr nach Alter (einfaktorielle ANOVA) | 290 |
| Tabelle-Anhang 19: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr nach Berufserfahrung (einfaktorielle ANOVA) | 291 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Rahmenkonzeption des Zusammenhangs zwischen Einsatz-Stressoren, Stresserleben, Stressfolgen und Interventionen . . | 52 |
| Abbildung 2: Parallelität von präklinischer medizinischer und psychologischer Notfall-Logik | 58 |
| Abbildung 3: Psychosoziale Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise . | 60 |
| Abbildung 4: Psychosoziale Kriseninterventionslogik im Notfall | 61 |
| Abbildung 5: Psychotraumatheapeutische Handlungslogik | 63 |
| Abbildung 6: Handlungslogik der betrieblichen Gesundheitsförderung . . | 64 |
| Abbildung 7: Systematik unterschiedlicher Experten im Kompetenznetzwerk | 70 |
| Abbildung 8: Das Bild „Datenbank“ | 77 |
| Abbildung 9: Das Bild „Plattform“ | 78 |
| Abbildung 10: Das Bild „Kontinuierliche Zentralstelle“ | 79 |
| Abbildung 11: Das Bild „Koordinierungsstelle im Akutfall“ | 80 |
| Abbildung 12: Das Bild „Verein/Vereinigung“ | 83 |
| Abbildung 13: Das Bild „Vermittlungsstelle“ | 84 |
| Abbildung 14: Voneinander abhängige Komponenten einer PSNV-Gesamtstruktur | 97 |
| Abbildung 15: Beispiel für die Ermittlung von Einsätzen und Einsatzcharakteristika am Beispiel des Modelllandes Sachsen-Anhalt: Feuerwehreinsätze mit verletzten und getöteten Personen (Zahlen aus Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt, 2002a-c) | 100 |
| Abbildung 16: Mittelwerte arbeitsorganisatorischer und tätigkeitsspezifischer Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst | 119 |
| Abbildung 17: Burnoutmaße im Rettungsdienst | 120 |
| Abbildung 18: Prozentualer Anteil von Einsatzkräften im Rettungsdienst mit hohen Burnoutmaßen | 120 |
| Abbildung 19: Wohlbefindensmaße | 121 |
| Abbildung 20: Signifikante Einflüsse von Belastungsvariablen auf Burnoutkomponenten im Ergebnis der Berechnung multipler Regressionsanalysen | 123 |
| Abbildung 21: Signifikante Einflüsse von Burnoutkomponenten auf Dimensionen habituellen Wohlbefindens im Ergebnis der Berechnung multipler Regressionsanalysen | 125 |
| Abbildung 22: Anforderungs- und Belastungsmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr | 127 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 23: Burnoutmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr | 129 |
| Abbildung 24: Anteil von Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr mit hoher Ausprägung bei den Burnout-Dimensionen | 130 |
| Abbildung 25: Wohlbefindensmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr | 132 |
| Abbildung 26: Kriterien der Bedarfsermittlung | 141 |
| Abbildung 27: Informationsmanagement im Rahmen der PSNV in Großschadens- oder Katastrophenlagen20 | 147 |
| Abbildung 28: Koordinierungsstruktur Psychosoziale Notfallversorgung im Ereignisfall | 153 |
| Abbildung 29: Zeitliche Struktur einer mittel- und langfristigen Koordination der PSNV nach Großschadens- und Katastrophenlagen | 154 |
| Abbildung 30: Aufgaben auf der Ebene des Bundes und der Länderspitzen | 169 |
| Abbildung 31: PSNV in der Großschadenslage/im Katastrophenfall | 185 |
| Abbildung 32: Koordination von PSNV im Vorfeld und Alltag der Notfallversorgung. | 187 |
| Abbildung 33: PSNV-Angebote für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie für Einsatzkräfte und gefährdete Berufsgruppen nach Interventionsebene und Zeitstruktur | 202 |
| Abbildung 34: PSNV-Angebote für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie für Einsatzkräfte und gefährdete Berufsgruppen nach Interventionsebene und Zeitstruktur | 203 |
| Abbildung 35: Erfassung, Prüfung und Bereitstellung der Daten | 222 |
| Abbildung 36: Suchstrategien und -zugänge zur bundesweiten PSNV-Datenbank | 225 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| ABBA | Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich |
| AFWB | Aus-, Fort- und Weiterbildung |
| AK II | Arbeitskreis Innere Sicherheit |
| AK V | Arbeitskreis Feuerwehr, Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung |
| Akka | Akkreditierungsausschuss |
| AKNZ | Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz |
| APA | American Psychological Association |
| ArbSchG | Arbeitsschutzgesetz |
| ASB | Arbeiter-Samariter-Bund |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| AZ | Arbeitszeit |
| AZB | Anforderungen aus der Arbeitszeit Berufsfeuerwehren |
| AZF | Anforderungen aus der Arbeitszeit freiwillige Feuerwehren |
| BBK | Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe |
| BDP | Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BGS | Bundesgrenzschutz |
| BMI | Bundesministerium des Innern |
| BOS | Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben |
| BVA | Bundesverwaltungsamt |
| CISD | Critical Incident Stress Debriefing |
| CISM | Critical Incidence Stress Management |
| DeGPT | Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. |
| deNIS | deutsches Notfallvorsorge-Informationssystem |
| DGVT | Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie |
| DIN | Deutsches Institut für Normung |
| DRK | Deutsches Rotes Kreuz |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DV 100 | Dienstvorschrift 100 „Führung und Leitung im Einsatz“ |
| E(K)NT | Einsatz(kräfte)nachsorgeteam |
| EA-Leiter | Einsatzabschnittsleiter |
| ECOTS | European Conference on Traumatic Stress |
| EMDR | Eye Movement Desensitization and Reprocessing |

| | |
|------------|--|
| EMDRIA | (Deutsche) Fachgesellschaft EMDR |
| ENTs | Einsatznachsorgeteams |
| FB PSNV | Fachbereich PSNV |
| FüAss PSNV | Führungsassistent PSNV |
| GG | Grundgesetz |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| INQA | Initiative Neue Qualität der Arbeit |
| JUH | Johanniter-Unfall-Hilfe |
| KatSG | Katastrophenschutzgesetz |
| KIT | Kriseninterventionsteam |
| LMU | Ludwig-Maximilian-Universität München |
| LNA | Leitender Notarzt |
| LNFS | Leitender Notfallseelsorger |
| LPSNV | Leiter PSNV |
| MANV | Massenanfall von Verletzten |
| MBI | Maslach Burnout Inventory |
| MHD | Malteser Hilfsdienst |
| MHP | Mental Health Professional |
| MHW | Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden |
| MW | Mittelwert (arithmetisches Mittel) |
| NFPs | Notfallpsychologin |
| NFS | Notfallseelsorge(r) |
| PSNV | Psychosoziale Notfallversorgung |
| PSNV-EK | Psychosoziale Notfallversorgung Abschnitt Einsatzkräftebegleitung und Nachsorge |
| PSNV-OA | Psychosoziale Notfallversorgung Abschnitt Opfer- und Angehörigenachsorge |
| PsTH | Psychotherapeut |
| PsThG | Psychotherapeutengesetz |
| PsTrTH | Psychotraumatheapeut |
| PSU | Psychosoziale Unterstützung |
| PsychThG | Psychotherapeutengesetz |
| PTSD | Post-Traumatic-Stress-Disorder |
| RD | Rettungsdienst |
| S1-6(7) | Sachgebiete in der Einsatzleitung |
| SbE e.V. | Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen |
| SD | Standard Deviation |
| SEG | Sondereinsatzgruppe |

| | |
|---------|--|
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| StPO | Strafprozessordnung |
| TEL | Technische Einsatzleitung |
| THW | Bundesanstalt Technisches Hilfswerk |
| UMINFO | Fachnetze für Umweltmedizin, Allergologie, Pädiatrie, Dermatologie und den Öffentlichen Gesundheitsdienst |
| WHO | World Health Organization |
| WM 2006 | Fußball-Weltmeisterschaft 2006 |
| ZfZ | Zentrum für Zivilschutz |

1. Ausgangslage, Projektziele und Ansätze zur Entwicklung von Standards struktureller Einbindung und Vernetzung

1.1 Ausgangslage

Seit Anfang der 1980er Jahre finden im deutschsprachigen Raum psychologische Aspekte in Notfallmedizin und Rettungswesen immer stärkere Beachtung. In Ostdeutschland hat diese Entwicklung zeitversetzt in den frühen 1990er Jahren eingesetzt. Die Betreuung der Notfallpatienten, ihrer Angehörigen und Hinterbliebenen, die Hilfen für Augenzeugen, Journalisten und Ersthelfer, aber auch die Beschäftigung der Einsatzkräfte mit ihren eigenen beruflichen Anforderungen und Belastungen werden zunehmend thematisiert (Fertig & v. Wietersheim, 1994; Bengel, 1997; Mitchell, Everly, Igl & Müller-Lange, 1998; Lasogga & Gasch, 2002a, b; Gschwend, 2002).

Bundesweit werden zunehmend regionale Kriseninterventionsteams (KIT) aufgebaut oder Notfallseelsorgedienste eingerichtet. Der grundsätzliche Nutzen dieser Initiativen ist durch nationale und internationale Studien inzwischen gut belegt (Green, Grace, Lindy, Titchener & Lindy, 1983; Raphael, Singh, Bradbury & Lambert, 1983; Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989; Gist & Lubin, 1989; Jacobs, 1990; Shepherd & Hodgkinson, 1990; Hodgkinson & Stewart, 1991; Paton & Kelso, 1991; Armstrong, Zatzick, Metzler, Weiss, Marmar, Garma, Ronfeld & Roepke, 1998; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998; Teegen & Yasui, 2000). Die Effektivität einzelner Interventionsmaßnahmen wird diskutiert (Dyregrov 1997; Armstrong, Zatzick, Metzler, Weiss, Marmar, Garma, Ronfeld & Roepke, 1998; Carlier, Lambertz, van Uchelen & Gersons, 1998, Everly, Flannery & Mitchell, 2000).

Die Katastrophe in Eschede im Sommer 1998 kann als Beginn einer intensivierten fachlichen Fundierung und Planung von Nachsorgeangeboten in der Bundesrepublik Deutschland verstanden werden. Erstmals wurde hier ein langfristiges Nachsorgeprogramm, gefördert durch Bundesmittel und Mittel des Landes Niedersachsen, institutionalisiert (Barth, Bengel, Frommberger & Helmerichs, 2001; Bengel, 2001; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002). Insbesondere wurde hier die Aufmerksamkeit auf die psychischen Belastungen der Einsatzkräfte gerichtet. Die Akzeptanz für psychologische und seelsorgerliche Nachsorge einsatzbedingter Belastungsreaktionen und langfristiger Beanspruchungsfolgen scheint auch in den Reihen der Einsatzkräfte im Zivil- und Katastrophenschutz zu steigen. Mit jedem neuen Ereignis mit dem Charakter eines Massenankfalls von Verletzten (MANV) z.B. Busunglück, einer Großschadenslage (z.B. das Schulmassaker in Erfurt) oder gar einer Katastrophe (z.B. Elbe-Hochwasser) erfolgt zunehmend selbstverständlicher – jedoch höchst unterschiedlich – die Einbeziehung psychosozialer, psychotraumatologischer und seelsorgerlicher Expertise und Hilfen.

In den Ausbildungsgängen der Feuerwehren, Polizei, Rettungsdienste, Notärzte und der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) wird zunehmend die Notwendigkeit anerkannt, psychosoziale Basisqualifikationen für die psychologische Erstbetreuung von Notfallopfern, Angehörigen, Ersthelfern, Augenzeugen und Zuschauern zu erwerben. Zugleich wird mit der Thematisierung der Ursachen und Erscheinungsformen von einsatzbedingten Stressreaktionen in der Ausbildung auch sogenannte „subjektive Prävention“ (Lasogga & Gasch, 2002b, S. 23) durch Vorbereitung auf hilfreiche Maßnahmen nach belastenden Einsätzen betrieben. Diese Entwicklung ist auch am Erscheinen mehrerer Handbücher in jüngster Zeit abzulesen (Müller-Lange, 2001c; Daschner, 2001; Gschwend, 2002; Lasogga & Gasch, 2002b).

Während bei den Notfallopfern die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) vorrangig unter klinisch-psychologischen Gesichtspunkten mit dem Ziel der gelingenden Bewältigung der traumatischen Erfahrung und damit mit dem Ziel der Prävention der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) betrieben wird, steht bei den professionellen Einsatzkräften als zusätzliches Ziel der Erhalt der Einsatzfähigkeit im Vordergrund. Damit wird die PSNV für Einsatzkräfte auch zu einem Gegenstand der Arbeits- und Organisationspsychologie, insbesondere der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Burnout-Prävention (Gusy, 1995; Enzmann, 1996; Bengel, Bordel & Carl, 1998; Cherniss, 1999; Maslach & Leiter, 2001; Binder-Kriegelstein, 1997, 2001; Daschner, 2001).

Zugleich kann auch ein mittelbarer Zusammenhang zwischen den Belastungen der haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräfte und der PSNV der Notfallpatienten – insbesondere beim MANV/Großschadenslagen/Katastrophen – angenommen werden.

Trotz erhöhter Sensibilität und zunehmender Aufgeschlossenheit gegenüber psychosozialen Aspekten in der präklinischen Notfallmedizin und trotz zahlreicher Initiativen zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre allerdings auch eine starke Heterogenität auf unterschiedlichen Ebenen auf: der regionalen Verbreitung, der Vernetzung, der strukturellen Einbindung sowie der Qualitätsstandards. Die Frage der Bestandsaufnahme, Qualitätssicherung und Standardisierung stellte sich vor allem angesichts der vielen neuen PSNV-Angebote für Einsatzkräfte, die in jüngster Zeit als Antwort auf wahrgenommene Bedarfe entwickelt wurden.

Zum Zeitpunkt der Planungen des hier vorgestellten Projektes im Sommer 2002 zeigten sich folgende Unzulänglichkeiten in der bestehenden Struktur der PSNV:

Regionale Verbreitung: Es bestand keine flächendeckende Versorgung mit Notfallversorgungseinrichtungen und -angeboten. In einigen umschriebenen Regionen des Bundesgebietes war von einer hinreichenden Versorgungslage auszugehen, andere wiesen eine erhebliche Unterversorgung auf. Für weitere Regionen wiederum war die Versorgungslage nicht bekannt.

Regionale Unterschiede existierten auch hinsichtlich der Einsatzindikationen von PSNV, die die Hilfe für die Helfer nicht notwendigerweise und nicht bei allen Typen von Notfällen einschließt.

Vernetzung: Auf Länderebene fehlt es in den meisten Bundesländern, aber auch bundesweit an einer Vernetzung einzelner Notfallnachsorgeeinrichtungen und -angebote, obwohl die Forderung nach koordinierter PSNV bereits seit geraumer Zeit aufgestellt wurde (z.B. Helmerichs, 1999). Ressourcensparende Synergieeffekte können dadurch nicht genutzt werden. Zahlreiche neue Initiativen und teilweise verinselte professionsspezifische, organisationsinterne oder regionale kooperative Netze haben zu einem *Nebeneinander* und einer *Vielfalt* von qualitativ sehr *heterogenen* PSNV-Angeboten in Ausbildung und Praxis für Einsatzkräfte in den Organisationen und Einrichtungen der Feuerwehren, des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes, der Polizei, des Bundesgrenzschutzes (BGS) bzw. der Bundespolizei (BPol), des THW und der Bundeswehr sowie in den jeweiligen Landesgliederungen (Ministerien, Bezirksregierungen, Kommunen u.a.) geführt. Aufgrund der mangelnden Vernetzung und des Fehlens einer strukturellen Einbindung in die Führungsstruktur einer Großschadenslage konnte im Katastrophenfall auf keine länder- oder bundesweite Notfallnachsorgestruktur zurückgegriffen werden, eine Struktur für PSNV würde nach wie vor (wie bei folgenden Unglücken: ICE-Unglück in Eschede, Schulmassaker in Erfurt, Flugzeugkollision Überlingen, katastrophales Hochwasser in der Elberegion) ad hoc zu organisieren sein.

Die vorhandenen PSNV-Angebote können dabei trotz Ihrer Vielfalt weder als flächendeckend noch als ausreichend vernetzt angesehen werden. Insbesondere bei Großschadenslagen und in Katastrophenfällen besteht die Gefahr von *Versorgungslücken* oder -zufälligkeiten sowie von *Reibungsverlusten* in der Koordination der Hilfen, die bei den Ereignissen der jüngsten Zeit zuweilen nur durch das Engagement einzelner Personen und Gruppen aufgefangen werden konnten (Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002).

Strukturelle Einbindung: Es fehlt bislang insbesondere eine verbindliche strukturelle Einbindung der PSNV in Einsatz- und Führungsstrukturen des Zivil- und Katastrophenschutzes. Schnittstellen-Probleme in der Zusammenarbeit der lokalen Betreuungskräfte mit angeforderten externen Kräften (wie z.B. Critical Incident Stress Management-Teams (CISM-Teams) des Malteser-Hilfsdienstes (MHD) und der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, (SbE) e.V., Notfallseelsorger (NFS) und Notfallpsychologen (NFPs)), beim Übergang von der Akutbetreuung in die langfristige Nachsorge und Lücken zwischen den Zuständigkeiten des Bundes, der Länder und der Kommunen und der kreisfreien Städte sind als Folge dieser fehlenden strukturellen Transparenz anzusehen.

Qualitätsstandards: Noch fehlen (Mindest-)Standards zu Bewertung der Qualität der PSNV-Angebote der PSNV. Zur Zeit werden *qualitativ sehr unterschiedliche Notfallversorgungskonzepte* für Einsatzkräfte entwickelt und in Aus- und Fortbildung sowie Praxis umgesetzt. Die Thematisierung der PSNV ist wissen-

schaftlichen *Konjunkturen und Anbieter-Konkurrenzen* unterworfen. Die *Konzepte und Methoden* der PSNV für Notfallopfer, Angehörige und Augenzeugen, die Strukturen zur Sicherstellung und Finanzierung sowie die Ausbildungs- und Praxismodule für die Einsatzkräfte haben sich *unabhängig voneinander entwickelt*. Eine Übertragbarkeit wird ebenso kontrovers diskutiert wie die jeweilige Zuständigkeit. Klinisch-psychologische Fragen der Prävention Posttraumatischer Belastungsreaktionen/ -störungen stehen im Vordergrund. Die Erhaltung der Einsatzfähigkeit unter arbeits- und organisationspsychologischen Gesichtspunkten (Qualifizierung und psychosoziale Entlastung als betriebliche Gesundheitsförderung und betrieblicher Gesundheitsschutz) steht eher im Hintergrund.

Kontinuum Einsatzalltag und Extremereignisse: Die Notwendigkeit, gerade für großflächige Schadensereignisse eine Struktur der Zusammenarbeit zu beschreiben, hat jedoch dazu geführt, dass die PSNV für Einsatzkräfte vor allem im Zusammenhang mit Großschadenslagen/Dauereinsätzen/Katastrophenfällen diskutiert wird. Die sich langfristig auswirkende (evtl. unzureichende) Bewältigung beruflicher Anforderungen im Einsatzalltag findet dagegen weniger Beachtung.

Es besteht somit ein Handlungsbedarf in den Bereichen, Qualitätssicherung, Erfassung, Vernetzung und strukturelle Einbindung. Das hier vorgelegte Forschungsprojekt legte den Schwerpunkt auf die Beschreibung von Voraussetzungen zur strukturellen Einbindung der PSNV in den Zivil- und Katastrophenschutz. Im Mittelpunkt steht die PSNV für Einsatzkräfte.

1.2 Übergeordnete Zielsetzungen

1.2.1 Zweiter Gefahrenbericht der Schutzkommission

Der zweite Gefahrenbericht der Schutzkommission (Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI), 2001) betont die Notwendigkeit der Schaffung einer bundesweiten, länder- und gemeindeübergreifend abgestimmten, bedarfsgerechten *Organisationsgrundlage* nach ausreichend, wissenschaftlich fundierten Regeln und Ordnungsprinzipien, mit denen eine reibungslose vertikale und horizontale Zusammenarbeit der Behörden und Organisationen im Zivil- und Katastrophenschutz insbesondere im Katastrophenfall gewährleistet wird. Das Netzwerk-Projekt stellt eine Säule der wissenschaftlichen Beratung dar, mit der diese zunächst für den Bereich der PSNV näher *definiert* werden sollte.

1.2.2 Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland

Die von der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder im Juni 2002 verabschiedete „Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland“ (Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz, 2003) sieht im Kern ein zentrales Krisenmanagement und eine gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern für außergewöhnliche, großflächige und national

bedeutsame Katastrophen vor. Die Zusammenarbeit der einzelnen Hilfsorganisationen und Institute soll verbessert und mit mehr Ressourcen ausgestattet werden. Dazu gehören auch die Dienstleistungen des neuen „Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe“ (BBK), das einen Auftrag auch in der Planung und Unterstützung der Zusammenarbeit von Bund und Ländern wahrnehmen soll. Der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) in Bad Neuenahr-Ahrweiler kommt in der „Neuen Strategie“ noch stärker als zuvor vor allem die Funktion eines Kompetenzzentrums zu, das Ideen bündelt, wissenschaftlichen Austausch ermöglicht und

„Einrichtungen der Kommunen, der Länder und des Bundes konzeptionell verbindet (...) und einen Informations- und Wissenstransfer gewährleistet“ (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2003, S. 42).

Im Rahmen der neuen Bevölkerungsschutzstrategie wird die psychosoziale Einsatzvorbereitung, -begleitung und -nachsorge für Einsatzkräfte als notwendiger und integraler Bestandteil angesehen. Die Bundesländer gingen hier auf das Angebot des Bundes zur Entwicklung von Standards ein. Der Auftrag entsprechende Standards zu entwickeln wurde vom BMI der Zentralstelle für Zivilschutz, heute BBK – Zentrum Forschung – übertragen. Es wird in der Zielverfolgung besonderer Wert auf die wissenschaftliche Fundierung und Berücksichtigung fachlicher Standards gelegt.

Mit der Vergabe dreier Forschungsprojekte zur Wirksamkeitsprüfung von Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention sowie zur Vernetzung und strukturellen Einbindung der PSNV für Einsatzkräfte wird dieser Zielsetzung Rechnung getragen. Das „Netzwerk-Projekt“ als eines der drei vergebenen Projekte verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Aufhebung „tradierter Trennlinien zwischen Bundes- und Länderzuständigkeiten“ (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2003, S.9) und zur Schaffung „einer neuen lebendigen Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern mit klar gegliederten Zuständigkeiten“ (ebd., S. 10) zu leisten.

Im Mittelpunkt steht die Abstimmung von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Maßnahmen zur Steigerung der Effektivität einschließlich der Identifizierung noch bestehender gesetzlicher Regelungslücken in Bezug auf die PSNV der Einsatzkräfte. Es sollen Organisationsgrundlagen und Leitlinien entwickelt werden, auf die sich die politischen Gliederungen, die im Zivil- und Katastrophenschutz mitwirkenden Organisationen und Verbände und weitere (professionelle) Akteure der PSNV gemeinschaftlich verpflichten können. Diese stellen den Rahmen von Standards dar, den es – ausgehend von sehr heterogenen Ausgangslagen – später umzusetzen gilt.

1.2.3 Verbesserung des Bevölkerungsschutzes in Gegenwart und Zukunft

Die Qualität der Maßnahmen im Zivil- und Katastrophenschutz hängt in hohem Maße von der Gesundheit und Einsatzfähigkeit der Einsatzkraft ab. Mit der Sicherstellung der PSNV für Einsatzkräfte, d.h. mit der Qualität der Ausbildung sowie mit der vorbereitenden Vernetzung und der Klärung struktureller Rahmenbedingungen bezogen auf die Koordination der Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge wären Voraussetzungen für die Stärkung und den Erhalt der mentalen Einsatzfähigkeit auch unter Bedingungen von außergewöhnlichen, großflächigen und national bedeutsamen Katastrophen geschaffen. Eine flächendeckende und umfassende kameradschaftliche, psychosoziale und seelsorgerliche sowie psychotherapeutische Hilfe für jede von extremer Belastung betroffene und/oder vulnerable Einsatzkraft an jedem Ort der Bundesrepublik wäre dann grundsätzlich verfügbar.

Die Annahme einer mittelbaren Auswirkung der Einsatzfähigkeit der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter auf die Qualität der Versorgung der Bevölkerung im Zivil- und Katastrophenschutz ist in dreifacher Hinsicht begründet:

- Zum einen können sich vermeidbare Mehrbelastungen für die Opfer daraus ableiten, dass die Einsatzkräfte mit ihrem eigenen Stressmanagement in extrem belastenden oder lang anhaltenden Einsatzsituationen soweit überfordert sind, dass sie ihre erworbenen sozialen Basisqualifikationen in Interaktion mit den Opfern nur begrenzt einsetzen können (vgl. Bengel & Heinrichs, 2004);
- Zum anderen können auch langfristig und wiederholt emotional stark herausgeforderte Einsatzkräfte, die keine ausreichende Einsatznachsorge auch im Einsatzalltag erhalten, Fehlbeanspruchungsfolgen im Sinne erhöhter Vulnerabilität und geringer Belastbarkeit aufweisen, die die Qualität der psychosozialen Ersthilfe zum Nachteil der Notfallopfer/Geschädigten beeinträchtigen können (Reinhardt & Maercker, 2004; Hering & Beerlage, 2004);
- Zum dritten ist unter arbeits- und organisationspsychologischen Gesichtspunkten die Mehrbelastung durch die aufwändigere Organisation von Einsatznachsorge bei nicht vernetzten und somit schwerer verfügbaren PSNV-Angeboten als vermeidbarer zusätzlicher Stressor anzusehen, der sich auf die Interaktion mit den Notfallopfern auswirken kann (arbeitsorganisatorische Zusatzbelastungen). Ebenso kann eine aufgrund emotionaler Belastungen ausfallende Einsatzkraft Ressourcen binden, die anderenorts gebraucht werden (Enzmann, 1996).

1.3 Ziele des Netzwerk-Projektes

1.3.1 Gesamtziel

Als Ziel des Netzwerk-Projektes wurde die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Fach- und Organisationskonzeptes zur strukturellen Einbindung der PSNV für Einsatzkräfte definiert. Diese sollte sich zunächst exemplarisch auf Einsatzkräfte der Rettungsdienste, der freiwilligen und beruflichen Feuerwehren und der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) konzentrieren. Die Übertragbarkeit der vorgeschlagenen Strategien zu einem späteren Zeitpunkt auch auf Einsatzkräfte anderer Behörden und Organisationen wurde grundsätzlich mitgedacht. Auch ist eine Vernetzung mit den Angeboten der Opfer-, Angehörigen- sowie Hinterbliebenennachsorge aus Gründen der Praxistauglichkeit im Rahmen des Netzwerk-Projektes Gegenstand theoretischer Überlegungen. Beide Grenzbereiche sind jedoch nicht zentrale Gegenstände des Netzwerk-Projektes.

Zur PSNV für Einsatzkräfte wurden zunächst¹ alle Maßnahmen gezählt,

1. die eine Stressreduktion und das Stressmanagement der Einsatzkräfte in besonders belastenden Einsatzsituationen durch eine geeignete Ausbildung ermöglichen sollen (Primärprävention),
2. die durch kurzfristige und langfristige Interventionen nach belastenden Einsatzsituationen emotionale Entlastung und Stressbewältigung ermöglichen und somit der Entwicklung langfristiger Fehlbeanspruchungsfolgen, insbesondere Traumatisierungsfolgen vorbeugen sollen (Sekundärprävention),
3. die bei der Herausbildung umfassender oder massiver alltagsbeeinträchtigter Stressfolgen oder psychischer Beeinträchtigungen mit Krankheitswert einen Zugang zu professioneller psychosozialer und seelsorgerlicher Beratung oder ärztlicher und psychologischer Psychotherapie ermöglichen, um Chronifizierung oder Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen (Tertiärprävention).

Einerseits sollten sowohl regionen-, länder- und trägerübergreifende fachliche *Standards* entwickelt werden, andererseits sollten diese so formuliert sein, dass sie flexibel zu handhaben sind, so dass sie behörden- und organisationsspezifischen, regionalen und dienstespezifischen *Besonderheiten* im Bevölkerungsschutz Rechnung tragen. Als eine wesentliche Voraussetzung der Erarbeitung wird die differenzierte Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme vorhandener notfallpsychologischer, notfallseelsorgerlicher, psychosozialer und psychotherapeutischer Konzepte und methodisch-strukturierter Handlungsansätze angesehen, die in Ausbildung und Praxis unterschiedlicher Regionen, Länder und in der Gefahrenabwehr arbeitenden Organisationen realisiert werden.

¹ Eine differenzierte inhaltliche Präzisierung aller in der PSNV gebräuchlichen Konzepte und damit auch dieser Begriffe wird mit dem Ziel des einheitlichen Sprachgebrauches Gegenstand in 3.3.5. sein.

Das Netzwerk-Projekt wurde als Praxisforschungsprojekt angelegt, das seine Ergebnisse kontinuierlich in die bestehenden Strukturen rückmeldet, um zielführende Optimierungsschritte in Absprache mit den Verantwortlichen und Nutzern möglichst rasch einzuleiten (Beerlage & Fehre, 1989).

Die im Folgenden aufgeschlüsselten Teilziele entsprechen zugleich aufeinander aufbauenden Schritten im Forschungsprozess.

1.3.2 Einzelziele

- *Regionale Bestandsaufnahme zu Bedarfen und PSNV-Angeboten in zwei Modellländern: Berlin und Sachsen-Anhalt*

Das Zwischenziel einer bundesweiten Vernetzung wird darin gesehen, zunächst den „Ist-Zustand“ der PSNV auf Länderebene zu erheben, um später in einer bundesweiten Strukturierung und Organisation länderspezifischen Ausprägungen und Besonderheiten gerecht werden zu können. Zentraler Bestandteil des Forschungsvorhabens ist die vergleichende Analyse der Bedarfe und vorhandenen PSNV-Angebote zunächst in zwei ausgewählten, bezogen auf zentrale Merkmale repräsentativen Regionen der Bundesrepublik Deutschland. Repräsentativität wird hier verstanden als Muster von Konstellationen von Gefährdungspotentialen, Bevölkerungsmerkmalen, Zuständigkeiten, PSNV-Angeboten, Vernetzungsinitiativen sowie Kooperations- und Koordinationsformen, die sich in anderen Bundesländern auch so oder ähnlich finden lassen und eine Übertragbarkeit bei gleichzeitiger Adaptation an die regionalen Erfordernisse erlauben.

Die ausgewählten Länder Berlin und Sachsen-Anhalt unterscheiden sich insbesondere bezüglich:

- der Bevölkerungsdichte;
 - des Erwerbsprofils, der Industrie- und Gewerbestruktur und der daraus resultierenden Gefahrenpotentiale;
 - der Verkehrswege und der Infrastruktur und der daraus resultierenden Gefahrenpotentiale;
 - der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit psychosozialer, therapeutischer Regelversorgung und einer koordinierten psychosozialen Krisenintervention;
 - der Bedeutung der (Notfall-)Seelsorge;
 - der PSNV-Angebote und Vernetzungsinitiativen.
- *Beschreibung von Voraussetzungen gelingender Kooperation in der Großschadens- und Katastrophenlage*

Es sollten Experteninterviews mit Koordinatoren der PSNV anlässlich der Großschadenslagen des Jahres 2002 geführt werden, um von diesen wertvol-

le Hinweise auf Koordinierungserfordernisse, -ressourcen und -barrieren zu erhalten.

- *Einleitung regionaler Ansätze der Vernetzung und strukturellen Vereinbarungen*

Nach der Erhebung vorhandener PSNV-Angebote für Einsatzkräfte in den beiden Modell-Bundesländern Berlin und Sachsen-Anhalt sollten vor dem Hintergrund der ermittelten Bedarfe Vorschläge zur Optimierung der Gesamtstruktur erarbeitet werden. Auf dieser Ebene war es zunächst das Ziel, Optimierungsvorschläge für die Nutzersysteme der Feuerwehr, der Hilfsorganisationen und des THW zu unterbreiten und zu erproben. Als Voraussetzung dazu wurde ein regelmäßiger Erfahrungs- und Fachaustausch gesehen mit der Chance einer beginnenden oder intensivierten Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Krisenintervention und Notfallseelsorge sowie Einsatznachsorge in Praxis und Aus- bzw. Fortbildung sowie politischen Entscheidungsträgern auf Länderebene (Ministerien). Angesichts der begrenzten Laufzeit des Projektes können jedoch keine abschließenden Evaluationen erfolgen.

Als Ergebnis der vergleichenden Bestandsaufnahme sollten darüber hinaus – zunächst noch mit deutlichem Länderbezug – inhaltliche, organisatorische und strukturelle Randbedingungen definiert werden, unter denen Synergieeffekte und optimale Ressourcenausschöpfung im Rahmen eines Netzwerkes ermöglicht werden. Insbesondere sind hier die Zielvorstellungen, Konzepte und praktischen Erfahrungen der beiden Länder zu erheben und zu berücksichtigen.

- *Länderübergreifender Fachaustausch mit dem Ziel bundesweiter Vernetzung*

Die praktischen Erfahrungen bei der Implementierung einer koordinierten PSNV und die Erarbeitung länderspezifischer Leitlinien und Empfehlungen zur strukturellen Einbindung von PSNV in Berlin und Sachsen-Anhalt sollten im kontinuierlichen, teilweise länderübergreifenden Fachaustausch zwischen den Modell-Ländern in bundesweit umzusetzende Standards und Empfehlungen zur Methodik und Organisation der PSNV münden.

Zusätzlich sollten Anbieter der regulären psychosozialen Versorgung als Ressourcen in Ausbildung und Praxis der psychosozialen Notfallhilfen in den fachlichen Austausch mit eingebunden werden (Kompetenznetzwerk). Der Austausch im Kompetenznetzwerk wurde mit dem Ziel angestrebt, frühere und niedrigschwellige Übergänge in die psychosoziale Versorgung im Rahmen der langfristigen Notfall- und Einsatznachsorge zu finden und umgekehrt rechtzeitig Kenntnisse über Organisation und Ablauf von Notfalleinsätzen in der psychosozialen Praxis zu vermitteln, falls es zur Zusammenarbeit in der mittelfristigen und langfristigen Nachsorge kommen sollte.

Die in den beiden Ländern diskutierten Möglichkeiten der Organisation und Qualitätssicherung der koordinierten PSNV sollen mit Überlegungen und begonnenen Entwicklungen der anderen Bundesländer abgeglichen werden.

Insbesondere erschien der Austausch mit bereits arbeitenden Koordinierungsstellen in einzelnen Ländern (z. B. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein) sowie mit berufsständischen und organisationsbezogenen Zusammenschlüssen (z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung für Einsatzkräfte) geboten. Der Abgleich der Empfehlungen mit den Ausführungsbestimmungen z.B. in den Katastrophenschutzgesetzen der Länder wird als eine wichtige Aufgabe für die Formulierung bundesweiter Empfehlungen angesehen. Die Erfahrungen in den beiden repräsentativen Regionen sollten ausgewertet werden.

- *Bundesweite Vernetzung nach einheitlichen Standards*

Das übergeordnete Ziel bestand darin, sowohl auf Länder- als auch auf Bundesebene eine tragfähige und lokal abgestimmte Implementierung der PSNV konzeptionell zu beschreiben und eine bundesweite Vernetzung von PSNV-Angeboten in der Betreuung und Ausbildung im Bereich Zivil- und Katastrophenschutz zu forcieren. Das Forschungsvorhaben hat das Ziel, die zu schaffenden Voraussetzungen im Sinne eines Implementationszieles zu benennen, mit dessen Hilfe diese Vernetzung mittelfristig erreicht werden kann.

Neben der Entwicklung von Organisationsformen und der Festlegung der operationellen und strukturellen Rahmenbedingungen für eine Basis-Zusammenarbeit im Alltag (z.B. Zugang zu Ausbildungsmodulen) sollte langfristig allen Ländern ein transparentes, qualitätsgesichertes System bestehender Angebote in Ausbildung und Praxis der Notfallversorgung für Einsatzkräfte in Form einer Datenbank zur Verfügung gestellt werden (deutsches Notfallvorsorge-Informationssystem (deNIS), mit dem insbesondere bei Großschadensereignissen ein schneller Zugang zu psychosozialen Notfallhilfen ermöglicht werden kann. Als Voraussetzung sollte die Struktur der zu erhebenden Daten und die Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank entwickelt werden.

- *Aus den Zielstellungen ergaben sich folgende Aufgaben:*

- Herstellung eines fachlichen Sachstandes: Systematisierung der fachlichen Vielfalt,
- Bedarfsermittlung,
- Systematisierung der PSNV-Angebotsstruktur und Entwicklung der Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank vor dem Hintergrund eindeutiger Sprachregelungen,
- Erarbeitung von Standards der Sicherstellung und Bereitstellung einer umfassenden und flächendeckenden PSNV in Bund, Ländern und Gemeinden im Vorfeld,
- Standards und Leitlinien der strukturellen Einbindung in (Einsatz-) Strukturen der zuständigen Behörden und Organisationen in der Großschadenslage,
- Standards einer leistungsfähigen Vernetzung.

1.4 Versuchseinrichtungen, Rechenprogramme

Es wurden für alle Arbeitsschritte Programme der Microsoft-Office-Expert-Version genutzt; Lizenzen wurden für das Netzwerk-Projekt erworben. Weitere Programme (Adobe GoLive[®], Adobe Acrobat[®], SPSS[®]; Netscape-Navigator[®] und Internet-Explorer[®]) sind über die Ressourcen der Hochschule zu nutzen.

2. Durchgeführte Arbeiten

2.1 Herstellung von Rahmenbedingungen

Vor Beginn der inhaltlichen Projektarbeit stand zunächst die Herstellung geeigneter Arbeits- und Rahmenbedingungen im Vordergrund. Dazu zählten einerseits Aufgaben im Kontext der Projektinitialisierung, wie die Einarbeitung der Projektmitarbeiter oder die Erstellung einer detaillierten Aufgaben- und Zuständigkeitsplanung, aber auch logistische und administrative Aufgaben, wie die Einrichtung der Projektarbeitsräume oder die Installation der benötigten EDV-Einrichtung.

2.2 Herstellung eines fachlichen Sachstandes – Literaturrecherche und Dokumentenanalyse

Um Aussagen zum Stand der Fachdiskussion bezüglich der PSNV treffen zu können, wurden mehrere Literaturrecherchen und Dokumentenanalysen durchgeführt. Die Schwerpunkte der durchgeführten Recherchen lagen auf (s. 3.):

1. Belastungen und Beeinträchtigungen im Einsatzwesen der Bundesrepublik Deutschland (Feuerwehr, Rettungsdienst und THW);
2. Handlungslogiken, Anbieter und Angebote zwischen Notfallseelsorge, Notfallpsychologie, Krisenintervention, Psycho(trauma)therapie und Gesundheitsförderung;
3. rechtlichen Rahmenbedingungen;
4. Formen einer leistungsfähigen Vernetzung.

Der *aktuelle Sachstand* der fachwissenschaftlichen Diskussion über Belastungen und Beeinträchtigungen im Einsatzwesen wurde durch Literaturrecherchen in der deutschsprachigen psychologischen Literaturdatenbank (PSYNDEX®, ZIPD), einschlägigen Fachzeitschriften der Zielgruppen (z.B. Zeitschrift Rettungsdienst, Brandschutz – Deutsche Feuerwehrzeitschrift, THW – Bundeszeitschrift), grauen Schriften (Tagungs- und Kongressmaterialien) und im Internet erhoben. Zudem wurde exemplarisch für die Modellländer das Notfallaufkommen erhoben. Anhand von Kriterien zur Ableitung der Schwere der Einsätze sollten Hinweise auf den Bedarf an PSNV für Einsatzkräfte gewonnen werden. Grundlage dafür bildeten z.B. Ereignisberichte der Feuerwehren (s. 3.1, 5.1).

Ziele und Wünsche im Zusammenhang mit einer gelingenden und leistungsfähigen *Vernetzung* von PSNV-Anbietern in der Bundesrepublik Deutschland wurden zunächst ausgehend von Vorträgen und Statements im Rahmen des Workshops „Stress im Katastrophenschutz – Zwischenbilanz und Forschungsbedarf“ (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002) dokumentiert. Diese wurden im Anschluss zusammen mit theoretischen Überlegungen zusammengeführt. Die Ergebnisse

bilden eine Grundlage für die Empfehlungen zu Standards einer leistungsfähigen Vernetzung (s. 3.2.2, 9.).

Rechtliche Grundlagen der PSNV wurden, bezogen auf die Einzelzielsetzung der Entwicklung von Empfehlungen für Rahmenbedingungen zur strukturellen Einbindung, auf den Ebenen der Zuständigkeiten, Durchführung, Öffentlichkeitsarbeit sowie der Rechte und Pflichten bestimmter Personengruppen und PSNV-Anbieter zusammengetragen. Dazu wurde eine Recherche über bestehende Regelungen und Vorschriften im Bereich der PSNV durchgeführt. Die Regelungen und die sich daraus ergebenden Fragen wurden den Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitskreise zur Prüfung, Kommentierung und weiteren Stellungnahme vorgestellt und anhand ihrer Rückmeldungen ergänzt (s. 3.6).

Die Systematisierung von *Handlungslogiken* geschah auf der Grundlage wissenschaftlicher Veröffentlichungen, vorliegender Dokumente aus Tagungen und Kongressen, Einsatzberichten, Internetpräsentationen sowie anhand der Selbstdarstellungen von PSNV-Anbietern und PSNV-Angeboten. Damit wurde das Ziel verfolgt, die Transparenz zwischen unterschiedlichen PSNV-Anbietern hinsichtlich ihres Vorgehens zu erhöhen und die wechselseitige Verständigung über unterschiedliche Herangehensweisen und Stärken zu ermöglichen (s. 3.3).

Die Ableitung eines Vorschlages *zur Benennung* von PSNV-Angeboten, PSNV-Anbietern und Experten, die im Rahmen der PSNV zum Einsatz kommen, geschah ebenfalls auf Grundlage der durchgeführten Literaturrecherchen. Relevante Veröffentlichungen wurden inhaltlich danach analysiert, welche Formen der Bezeichnung von PSNV-Anbietern und PSNV-Angeboten existieren und welche (beruflichen, weltanschaulichen usw.) Selbstverständnisse ihrer Arbeit zugrunde liegen (s. 3.4, 8.).

2.3 Bedarfsschätzung

Die Schätzung des jährlichen Bedarfs an PSNV-Angeboten kann als eine Grundlage für die Beschreibung von Standards der Sicherstellung von PSNV-Angeboten – auch durch die Vernetzung der PSNV-Anbieter – angesehen werden. Zunächst wurde daher im Rahmen einer Analyse von Ereignisberichten der Feuerwehr und des Rettungsdienstes versucht, einen potenziellen jährlichen Bedarf an PSNV-Angeboten für diese Einsatzkräftegruppen abzuleiten. Als möglicher Indikator für den Bedarf an PSNV-Angeboten für Einsatzkräfte wurde dabei die Anzahl an Einsätzen mit potenziell extrem belastenden Merkmalen („Incidents“) in einem bestimmten Zeitraum, in einer bestimmten Region herangezogen (z.B. Einsätze mit getöteten oder schwerstverletzten Opfern). Die unterschiedlichen Erhebungsmethoden sowie der uneinheitliche Detaillierungsgrad von Ereignisberichten der verschiedenen Bundesländer stellten dabei die Hauptschwierigkeiten für eine Bedarfsschätzung aus diesen Quellen dar (s. 5.2).

Hinweise auf den potenziellen Bedarf an PSNV-Angeboten ergaben sich auch anhand von Prävalenzzahlen der PTSD im Einsatzdienst. Dazu konnten die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse genutzt werden (s. 2.2, 3.2.1).

Ergänzend dazu wurden zwei empirische Untersuchungen, zunächst bei Einsatzkräften im Rettungsdienst, der freiwilligen und der Berufsfeuerwehr, durchgeführt. Sie zielten zum einen darauf ab, das Ausmaß relevanter Anforderungen und Belastungen in diesen Bereichen des Einsatzwesens zu erheben, zum anderen aber auch darauf, relevante, gesundheitliche und psychische Beeinträchtigungen abzubilden. Die Studien wurden in den Modellländern Berlin und Sachsen-Anhalt durchgeführt (s. 5.3).

2.4 Entwicklung von Standards und Empfehlungen

- *Systematisierung der PSNV-Angebotsstruktur und Entwicklung der Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank*

Im Rahmen des Netzwerk-Projektes wurde die Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank zur Erfassung von PSNV-Anbietern und -experten entwickelt, auf die bei konkreten Schadensereignissen aber auch zu Ausbildungs- oder Austausch Zwecken zurückgegriffen werden kann. Zur Erhebung definierter PSNV-Angebote von unterschiedlichen PSNV-Anbietern wurde ein Erfassungsbogen (s. Anhang) sowie die Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank entwickelt (s. 9.). Die Inhalte und die Struktur des Erfassungsbogens sowie der bundesweiten PSNV-Datenbank wurden auf Arbeitskreistreffen vorgestellt. Anhand der Rückmeldungen der Arbeitskreismitglieder erfolgte eine laufende Ergänzung und Optimierung des Erfassungsbogens und der Datenbankstruktur. Die Programmierung der bundesweiten PSNV-Datenbank erfolgte nicht, da dazu erst ihre Einrichtung beschlossen und ihre institutionelle Verankerung am BBK vorbereitet werden musste.

- *Entwicklung von Standards der Sicherstellung einer flächendeckenden PSNV in Bund, Ländern und Gemeinden im Vorfeld und in der Großschadenslage*

- *Experteninterviews mit Schlüsselpersonen von Vernetzungsprozessen*

Die Standards einer leistungsfähigen Vernetzung wurden zum einen ausgehend von bisherigen Veröffentlichungen abgeleitet (s. 2.2). Zum anderen wurde durch Interviews mit Schlüsselpersonen von Vernetzungsprozessen zwischen PSNV-Anbietern und -experten versucht, Prädiktoren für eine dauerhaft gelingende und bedarfsgerechte Vernetzung im Feld der PSNV zu ermitteln. Insgesamt wurden 16 Interviews mit Gesprächspartnern aus allen bundesdeutschen Ländern, und eines in Österreich geführt (s. 10.4).

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt (s. Anhang). In der Auswertung der transkribierten Interviews interessierten insbesondere die Prozesse und Leistungen der jeweiligen Vernetzungsform.

- *Experteninterviews mit Verantwortlichen für Koordination/Vernetzung bei Katastrophenfällen im Jahr 2002*

Zur Identifizierung und Systematisierung von Faktoren gelingender oder erschwelter Koordinierung der PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen wurden Interviews mit Personen geführt, die in verantwortlicher Position mit der Koordinierung der PSNV bei Katastrophenfällen des Jahres 2002 (Sturmkatastrophe in Schwanenwerder, Amoklauf im Erfurter Gutenberg-Gymnasium, Flugzeugabsturz bei Überlingen, sowie das Elbe-Hochwasser) befasst waren. Insgesamt wurden 30 in den genannten Großschadens- und Katastrophenlagen koordinierend tätige Personen interviewt (s. 6.1).

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Alle auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden in Schriftform gebracht (transkribiert). Um abschließend Empfehlungen zur Einbindung der PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen abzuleiten, interessierten bei der Auswertung zunächst alle Aussagen der Interviewpartner, die implizit oder explizit Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Koordinierung enthielten sowie strukturelle Behinderungen und Probleme thematisierten.

2.5 Vernetzung in den Modellländern und bundesweit

- *Bestandsaufnahme/Aktualisierung der PSNV-Angebote in Berlin und Sachsen-Anhalt*

Im Ergebnis der Expertentagung „Retter in (der) Not? – Notfallpsychologie und Notfallseelsorge in Sachsen-Anhalt“ am 17. November 2000 in Magdeburg, bestand bereits eine Datenbasis über PSNV-Angebote und -anbieter in Sachsen-Anhalt. Um den Stand der PSNV in Sachsen-Anhalt beschreiben zu können, der eine wichtige Basis für die Initiierung von Vernetzung darstellt, wurden insgesamt etwa 80 Personen und Organisationen, die an der Expertentagung teilnahmen bzw. eingeladen waren, angeschrieben und telefonisch befragt. Darüber hinaus wurden Gespräche mit Schlüsselpersonen und Initiatoren der PSNV im Land geführt. Auf der Grundlage der gewonnenen Informationen wurde eine Aktualisierung einer im Jahre 2000 anlässlich der Expertentagung an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) erstellten Bestandsaufnahme sowie eine Dokumentation von Weiterentwicklungen vorgenommen. Die Informationen wurden projektintern systematisiert, gespeichert und kontinuierlich den Mitgliedern der Arbeitskreise zur Verfügung gestellt. Später wurden sie von den Arbeitskreismitgliedern der Modellländer ergänzt.

Im Land Berlin fand für die Bestandsaufnahme der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter zunächst ein Treffen mit Vertretern der Senatsverwaltung des Innern und der Feuerwehr statt. Im Ergebnis standen erste Listen bestehender PSNV-Anbieter sowie Berliner Vernetzungsinitiativen auf dem Gebiet der PSNV zur Verfügung. Für die Konstituierung des Berliner projektbeglei-

tenden Arbeitskreises, wurden darüber hinaus Kontakte zu Berliner Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), MHD sowie zum THW geknüpft. Bestehende, getrennt geführte Listen wurden zusammengeführt².

Die Bestandsaufnahmen von PSNV-Angeboten, PSNV-Anbietern und PSNV-Experten in den Modellländern bildete darüber hinaus auch eine Datengrundlage für die Bildung der projektbegleitenden Arbeitskreise in den Modellregionen sowie für die durchgeführten Expertentagungen in Berlin und Sachsen-Anhalt (s. 2.5).

- *Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitskreise*

Auf der Ebene der Modellländer sowie auf Bundesebene konstituierten sich projektbegleitende Arbeitskreise. Alle Arbeitskreise setzten sich aus Vertretern von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) (z.B. Feuerwehr, BGS/BPol, THW), Ministerien (z.B. Innen- und Gesundheitsressort), Hilfsorganisationen (ASB, DRK, JUH, MHD), PSNV-Anbieter und PSNV-Anbieterorganisationen sowie der Kirchen bzw. (Notfall-)Seelsorge zusammen. Neben einem Mitglied der Bundesvereinigung SbE e.V. im Arbeitskreis, war mit dem MHD eine weitere bundesweit agierende PSNV-Anbieterorganisation vertreten. Die Arbeitskreise dienten der wissenschaftlichen Begleitung und Beratung des Netzwerk-Projekts. Auf der Ebene der Bundesländer wurden dadurch Vernetzungsprozesse zwischen unterschiedlichen Politikebenen sowie zwischen politischen Entscheidungsträgern und Nichtregierungsorganisationen initiiert bzw. begonnene Kooperationen begleitet.

Die Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitskreise der Modellländer fanden zunächst getrennt nach Bundesland statt, wobei durch die strukturelle Gliederung bestimmter Behörden (THW Länderverband Berlin und Sachsen-Anhalt) eine strikte Trennung nicht möglich und langfristig auch nicht erwünscht war. Durch die Beteiligung der Notfallseelsorge und JUH mit entsprechenden, von den Landesgrenzen abweichenden Kirchenprovinzen, waren zudem Brandenburg und Thüringen durch jeweils eine Person mit vertreten. Insgesamt wurden für das Modellland Berlin zwei, für Sachsen-Anhalt drei Arbeitskreissitzungen sowie zwei Treffen, bei denen beide Länderarbeitskreise gemeinsam tagten, durchgeführt. Insgesamt wurden sieben Arbeitskreistreffen auf Ebene der Modellländer durch das Netzwerk-Projekt veranstaltet.

Auf der Bundesebene fanden insgesamt drei Arbeitskreistreffen in halbjährlichem Rhythmus, einberufen durch das Zentrum für Zivilschutz/BBK und der AKNZ statt.

2 Eine vollständige, differenzierte Erfassung mit Hilfe des bereits entwickelten Erfassungsbogens wurde eingeleitet, jedoch wurden angeschriebene Personen durch Mehrfachabfragen (andere Projekte, Initiativen, deNIS) irritiert.

- *Expertentagungen in den Modellländern Berlin und Sachsen-Anhalt*

In den Modellländern wurden zwei Expertentagungen, vergleichbar mit der Tagung „Retter in (der) Not? – Notfallpsychologie und Notfallseelsorge in Sachsen-Anhalt.“ im November 2000 in Magdeburg, durch das Netzwerk-Projekt mitveranstaltet (Fachtagung „5 Jahre Notfallseelsorge in Magdeburg“ am 3. April 2004; Expertengespräch „Koordinierte Psychosoziale Notfallversorgung in Berlin“ am 21. April 2004 in Berlin). Sie zielten in Orientierung am Projektauftrag einerseits darauf ab, einen aktuellen Stand der PSNV-Anbieter und ihrer Vernetzung in Berlin und Sachsen-Anhalt zu erfassen. Andererseits waren sie Forum für ein breites Kompetenznetzwerk von Anbietern der psychosozialen Notfall- und Regelversorgung, von Behörden und Organisationen sowie Versorgungseinrichtungen. Sie ermöglichten einen breiten Fach- austausch. Vom Netzwerk-Projekt wurden die Zwischenergebnisse der laufenden Arbeiten vorgestellt, wobei der Schwerpunkt auf dem Entwurf der Empfehlungen zur strukturellen Einbindung der PSNV auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen (Landkreise, Bundesländer, Bundesrepublik Deutschland) lag. Auf dem Berliner Treffen konnte zugleich eine Vertreterin des neu eingerichteten FB PSNV am BBK (Frau Dr. Helmerichs) die Bundesperspektive einbringen. Die Teilnehmer trugen durch ihre Rückmeldungen zur Optimierung einzelner Bestandteile der Empfehlungen bei. Beide Treffen wurden in Kooperation und in enger Abstimmung der jeweils verfolgten Ziele mit Vertretern aus beiden Modellländern realisiert³. Sie unterstreichen die Fortschritte bei der Vernetzung und dem Abbau von Schnittstellenproblemen im Verlauf des Forschungsprojekts in den Modellländern.

2.6 Öffentlichkeitsarbeit

- *Pressearbeit*

Durch die Projektleiterin und Mitarbeiter des Netzwerk-Projekts wurden in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber ausgewählte Pressetermine wahrgenommen.

- *Einrichtung einer Internetpräsenz*

Als Medium der Öffentlichkeitsarbeit, aber auch zur Information der Auftraggeber und Mitglieder der projektbegleitenden Arbeitskreise wurde eine projekteigene Website erstellt und online geschaltet. Unter www.psychosoziale-notfallversorgung.de können Informationen über das Netzwerk-Projekt abgerufen werden; Informationsmaterial (z.B. Projektkurzbeschreibung, Zwischenberichte, Zusammenfassungen der Empfehlungen) steht zum Download zur Verfügung. Über die Website sind alle Behörden und Organisationen, die Mitglieder in die projektbegleitenden Arbeitskreise entsandt haben, zu erreichen. Eine Genehmigung dazu wurde vom Zentrum Forschung an der Zentralstelle für Zivilschutz/BBK eingeholt.

³ Unser besonderer Dank gilt dem Malteser-Hilfsdienst Berlin und dem Notfallseelsorgeteam Magdeburg, mit denen die Tagungen in enger Kooperation ausgerichtet werden konnten und in deren Räumlichkeiten sie jeweils stattfanden.

2.7 Kongressteilnahmen

Die Mitglieder des Netzwerk-Projektes nahmen an einem breiten Spektrum von Veranstaltungen zum wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungsaustausch teil und konnten so die aus seelsorgerlicher, psychologischer, ärztlicher und psychotraumatologisch/traumatherapeutischer Perspektive heraus geführten Diskussionen zum Gegenstandsbereich des Netzwerk-Projekts dokumentieren. Dort vorgenommene Auswertungen von zurückliegenden Großschadenslagen gingen ebenso in die Erarbeitung von Empfehlungen ein wie Überlegungen zur Strukturierung von PSNV-Angeboten aus der Sicht der Expertengruppen 1 und 2 (Hilfsorganisationen, Bundeswehr, Polizei, Werksfeuerwehren) sowie der Expertengruppe 3 (Anbieter insbesondere psychotraumatherapeutischer Hilfen). Besonderes Augenmerk wurde auf europäische Beiträge gerichtet.⁴

2.8 Fachaustausch mit Parallelprojekten

Regelmäßig, insbesondere im Rahmen der Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitskreise auf Bundesebene, fanden Treffen zwischen den Mitarbeitern der Münchener Parallelprojekte (Leitung von Prof. Dr. Butollo) statt. Sie dienten neben einem Austausch über die geplanten Vorgehensweisen und die bisherigen Ergebnisse der Diskussion und Abstimmung inhaltlicher Überschneidungsbereiche der Arbeiten, um spätere Inkompatibilitäten zu vermeiden.

4

- „Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention“, Bochum, 22.-24. Mai 2003;
- „European Conference on Traumatic Stress (ECOTS)“, Berlin, 22.-25. Mai 2003;
- „Deutscher Psychologentag“ des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Bonn, 3.-5. Oktober 2003;
- „DGVt-Kongress“ (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie) Berlin, 5.-9. März 2004. Durchführung des Symposiums „Psychosoziale Notfallversorgung – Von der Not-Lösung zur strukturierten Versorgung“ (Beerlage & Hering, 2004; Helmerichs, 2004; Teichmann & Franke, 2004; Lueger-Schuster, 2004a);
- „Konferenz der Beauftragten für Notfallseelsorge der Kirchenprovinz Sachsen“, Halle (Saale), 23. April 2003 (Beerlage, 2003);
- „Jahrestagung der Diözesanreferenten Psychosoziale Unterstützung“, Ehreshoven, 21. November 2003 (Hering, 2003);
- Beitrag zur „Ärztlichen Fortbildung“ an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität, Halle (Saale), 6. November 2003;
- „Hilfe für die Helfer“, Hamburg, 9.-10. Februar 2004 (Hering 2004b);
- „Expertenhearing zur Einsatznachsorge des Sächsischen Staatsministeriums des Innern“, Dresden, 26. April, 2004 (Beerlage, 2004b);
- „Jahrestagung des Fachverbandes für Notfallseelsorge und Krisenintervention in Mitteldeutschland“, Halle (Saale), 26. Juni 2004 (Beerlage, 2004c).

2.9 Mitwirkung in Aus-, Fort- und Weiterbildung

In enger inhaltlicher und thematischer Anlehnung an den Forschungsauftrag und die Arbeitsinhalte des Forschungsvorhabens, waren Projektleitung und Mitarbeiter bei der Gestaltung und Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen beteiligt.

3. Stand der Fachdiskussion – Systematisierung der Vielfalt

3.1 Vorbemerkungen

Zum einen wird mit der Auftragskomponente „*Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation Psychosozialer Notfallversorgung*“ eine Komponente von **Praxisveränderungen**, Versorgungsplanung und politischer Einbettung angesprochen. Eine damit verbundene Bestandsaufnahme bezieht sich somit zunächst auf die Erfassung des Bedarfes an psychosozialer Unterstützung für Einsatzkräfte der beruflichen und freiwilligen Feuerwehren, der Rettungsdienste und des THW in den Modellländern sowie auf die Erfassung aller Akteure und PSNV-Anbieter.

Mit diesen PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern sollte dann das Ziel verfolgt werden, alle, die Einsatznachsorge für die Zielgruppen vorhalten, an einer umfassenden Planung für den Katastrophenfall (in den Ländern und auf Bundesebene) zu beteiligen und zudem gemeinsam zu vereinbaren, dass und in welchem Umfang psychosoziale Fragen und primäre Stressprävention auch in der Ausbildung in den BOS thematisiert werden sollten.

Dieses von bestehenden PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern ausgehende Vorgehen gerät jedoch praktisch an die Grenzen einer nicht ausreichenden, nicht flächendeckenden und qualitativ sehr heterogenen PSNV-Angebotsstruktur, aus der sich die weitere Komponente der **Konzeptentwicklung** des Forschungsauftrages ableitet: „*Entwicklung von Standards und Empfehlungen.....*“. Damit wird aus einem *praktischen Harmoniemodell* der Zusammenführung im Netzwerk durch die Frage nach Standards *ein fachlich fundiertes Bewertungs- und Optimierungsmodell*, das auch Konkurrenz- und Ausschlussaspekte beinhaltet.

Hinsichtlich der Gewichtung einzelner PSNV-Angebote nach mehr oder weniger Qualität und Qualifikation können zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine abschließenden evidenzbasierten Inklusions- oder Exklusionsstandards formuliert werden, da die empirischen Wirksamkeitsprüfungen einzelner Methoden nicht abgeschlossen und mithin die darin qualifizierten Personen weder beteiligt noch ausgeschlossen werden können. Die Ergebnisse der parallel durchgeführten Wirksamkeitsstudien müssten dazu zunächst vorliegen.

Mit der Formulierung von Standards sind zielführende Korrekturen in der Verfügbarkeit von PSNV-Angeboten sowie hinsichtlich der Qualität und Organisation der PSNV im Großschadensfall intendiert. Insbesondere sind zwei Richtungen von daraus resultierenden Empfehlungen für ein *Netzwerk Psychosozialer Notfallversorgung* und für dessen strukturelle Einbindung in den Katastrophenschutz erkennbar: die *vertikale Einbindung in hierarchisch-koordinierten Strukturen*

und die *horizontale Vernetzung in heterarchisch-kooperierenden Strukturen* (vgl. Corsten, 2001).

Daher wird im Rahmen des Netzwerk-Forschungsvorhabens die Frage nach Standards zum einen unter dem Gesichtspunkt einer horizontalen Vernetzung, aufgabenspezifischen horizontalen Einbindung sowie einer diachronen Abfolge gestellt, nämlich: **Wer ist wo wann mit welcher Tätigkeit Experte für was und wen?** Zum anderen wird nach einer hierarchisch gegliederten Struktur der Einbindung in den Bevölkerungsschutz gefragt.

Diesen Fragen wird zunächst auf der Anbieterebene als fachlicher Diskurs innerhalb der Wissenschaftsdisziplinen, denen die Interventionen entstammen (Medizin, Psychologie und Theologie), dann auf der Nutzerebene (Behörden und Organisationen) und schließlich auf der Ebene der Verständigungsprozesse zwischen allen Akteuren (einschließlich der politisch Verantwortlichen und Leistungsträger) nachgegangen.

Es wird zunächst eine Bestandsaufnahme der Kenntnisse über Belastungen und Fehlbeanspruchungsfolgen in den Zielgruppen vorgenommen (s. 3.2). Dabei wird zu zeigen sein, dass zwei fachliche Perspektiven die gegenwärtige **Zielstellung** der „Hilfen für Helfer“ (Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002) dominieren.

Vor dem Hintergrund eines umfassenden psychologischen Modells der Entstehung psychischer und körperlicher (Fehl-)Beanspruchungsfolgen bei Einsatzkräften insbesondere im Zusammenhang mit extrem belastenden Einsätzen werden in einem zweiten Schritt die unterschiedlichen Verständnisse dieses Prozesses und die sich daraus ergebenden „**Handlungslogiken**“ der PSNV-Anbietergruppen näher betrachtet, die im Großschadens- und Katastrophenfall aufeinandertreffen und koordiniert(er) und kooperativ(er) arbeiten (sollten) (s. 3.3). Dabei wird auch erkennbar, dass PSNV-Angebote vergleichbarer Handlungslogiken unterschiedlichen „Referenzsystemen“ entstammen können, die Akteure also bei gleichen Handlungen unterschiedlichen Traditionen, Weltanschauungen und Netzwerken verpflichtet sein können, die sie voneinander trennen (vgl. van Santen & Seckinger, 2003).

In einem dritten Schritt ist die Frage zu klären, nach welchen Kriterien bestimmt werden kann, wer im konkreten Schadensereignis wofür und für wen Experte ist und herangezogen werden sollte (s. 3.4). Die Dimensionen des **Expertenbegriffs** werden zunächst aufgezeigt.

Mit dem Auftrag, Empfehlungen dafür zu formulieren, wie Experten in ein tragfähiges Netzwerk für PSNV eingebunden werden sollten, ist der Klärungsversuch verbunden, welche Struktur der Vernetzung angestrebt werden sollte. Da über das Ziel der Vernetzung Einigkeit herrscht, jedoch nicht darüber, welche Form es annehmen könnte, werden zum Abschluss der Bestandsaufnahme zunächst die Vielfalt der Netzwerk-„Bilder“ von Akteuren im Zivil- und Katastrophenschutz

herausgearbeitet, die als „implizite Aufträge“ oder Zielvorstellungen bezüglich des Ergebnisses der Projektarbeit transparent gemacht werden sollten (s. 3.5).

Die folgende Bestandsaufnahme dient zunächst einmal der Systematisierung der Vielfalt, um daraus Ebenen der Empfehlungen abzuleiten.

3.2 Belastungen und Fehlbeanspruchungsfolgen im Katastrophenschutz

Die Notwendigkeit bundesweite Standards für die PSNV zu entwickeln, wurde auch vor dem Hintergrund erkannt, dass Einsatzkräfte im Rahmen ihrer Arbeit zum einen mit extremen psychischen Anforderungen und Belastungen konfrontiert werden können und zum anderen potenziell eher Gefahr laufen, psychische Fehlbeanspruchungsfolgen zu entwickeln. Im Rahmen des Projektauftrages interessierte insbesondere:

- Wie werden Anforderungen und Belastungen im Rettungsdienst, der Feuerwehr und im THW in der wissenschaftlichen Literatur thematisiert?
- Wie werden Folgen von Anforderungen und Belastungen im Rettungsdienst, der Feuerwehr und im THW thematisiert?

Diese Angaben, die im Rahmen mehrerer Literatur- und Dokumentenanalysen erhoben wurden, sollten einerseits Hinweise auf den Bedarf an PSNV bei Einsatzkräften liefern, andererseits zur Beschreibung der PSNV-Anbieterstruktur in den bundesweiten Standards für Vernetzung dienen. Der Frage nach dem Bedarf an PSNV für Einsatzkräfte wird auch unter 5.1 und 5.2 nachgegangen.

Anforderungen und Belastungen im Katastrophenschutz

Einsatzkräfte der Feuerwehr und des Rettungsdienstes sind zunehmend Gegenstand empirischer Untersuchungen zu Stressoren und Belastungen im deutschen Sprachraum. In den vorliegenden Veröffentlichungen lag der Schwerpunkt insbesondere auf extremen Belastungen im Rettungsdienst, der Feuerwehr und der Polizei. Einsatzkräfte des THW wurden nicht explizit genannt bzw. unabhängig untersucht. In Veröffentlichungen, die Einsatzkräfte der Feuerwehr oder des Rettungsdienstes thematisieren, wurden beide Bereiche überwiegend als gemeinsame Stichproben untersucht (z.B. Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehlert, 2001). Die Mehrheit der Studien, die unterschiedliche Einsatzkräftegruppen untersuchten, nahmen eine Datenanalyse in unabhängigen Stichproben vor. Sie schafften somit die Möglichkeit, Problematiken der Einsatzkräftegruppen zu vergleichen. In wenigen Veröffentlichungen werden ausschließlich entweder Einsatzkräfte des Rettungsdienstes thematisiert (Bengel, Bordel & Carl, 1998; Clohessy & Ehlers, 1999; Teegen & Yasui, 2000) oder Einsatzkräfte der Feuerwehr (Kunz, 1999; Schäfer, 1999; Wagner, 2001; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998, 1999).

Ein umfassendes Belastungsmodell für Einsatzkräfte im Rettungsdienst stellen Bengel (2001), Bengel und Landji (1997), Bengel, Singer & Kuntz (1997), Bengel, Bordel und Carl (1998) vor. In dieses Belastungsmodell gehen Faktoren der Aufgabenstruktur, der Rollen- und Interaktionsstruktur am Arbeitsplatz und der Organisationsstruktur ein. Anforderungen der *Aufgabenstruktur* umfassen dabei alltägliche und besondere Arbeitsinhalte von Einsatzkräften. Zu Anforderungen aus der *Rollen- und Interaktionsstruktur* können z.B. unklare Rollenverteilung sowie Rollenkonflikte am Einsatzort (z.B. der Kompetenzkonflikt zwischen Rettungsassistenten und Notarzt), Konflikte bei der Übergabe von Patienten im Krankenhaus, Konflikte innerhalb der Belegschaft sowie die Erwartung hoher sozialer Kompetenz an die Einsatzkräfte gezählt werden. *Arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen* sowie die Arbeitsbedingungen, die durch die Führung und die Kultur des Unternehmens beeinflusst werden, wären zudem in diesem Zusammenhang zu nennen (z.B. Zeitdruck, Verantwortungsdruck, ungünstige Arbeitsbedingungen, quantitative Arbeitsbelastungen).

Das gesamte Spektrum der Anforderungen und der Aufgabenstruktur im Einsatzdienst reicht von „klassischen“ Einsatzmerkmalen und -spezifika (Konfrontation mit schwer verletzten, verstümmelten bzw. toten Menschen, Einsatz bei Suizidversuch, Großschadenslagen, MANV) über die Wahrnehmung der Gefährdung der eigenen körperlichen und psychischen Unversehrtheit während der Arbeitsausübung (im Einsatzkontext z.B. die Erfahrung eigener Verletzung während des Einsatzgeschehens, die Verletzung bzw. der Tod von Kollegen in Folge von Unglücksfällen während des Einsatzdienstes) bis hin zu typischen allgemeinen Tätigkeitsmerkmalen (z.B. unerwartete Situationen, Unklarheit über die Situation am Einsatzort oder Bereitschaftsdienst).

Als konkrete Anforderungen, die sich aus der *alltäglichen* Arbeit im Feuerwehr- und Rettungsdienst ergeben können, werden beispielsweise Schichtdienst, Funktionswechsel, Verkehrssituation (Müller & Brümmer, 1992), Fahren mit Sonder-signal, Entscheidungsdruck (Herzog, 1997), Zeitdruck (Schallhorn, 1988, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Hageböling, 1997), Informationsübermaß und -entzug (Martens, 1990; Ungerer 1990; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993), Fürsorge für die Mitarbeiter (Schmidt, 2001) oder hohe Verantwortung (Schallhorn, 1988; Ungerer, 1990; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; von Groote, 1994; Hageböling, 1997) genannt. Müller & Brümmer (1992) stellen eine Übersicht von über 100 bisher untersuchten Stressoren vor, die einerseits zu Anforderungen aus den Arbeits- und Rahmenbedingungen (unter den Aspekten quantitative und qualitative Tätigkeitsanforderungen, personelle Angelegenheiten, Arbeitszeit, Arbeitsumgebung) und andererseits zu „besonderen Vorkommnissen“ zu zählen wären.

Für die Tätigkeit im Feuerwehrdienst ergeben sich zusätzlich primär körperlich wirkende Stressoren (wie z.B. das Tragen von Atemschutzausrüstung, Klettern oder Steigen) (z.B. Martens, 1990; Ungerer, 1990; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; Hageböling, 1997; Schallhorn, 1988), deren Wirkungsweise im Rahmen eines breiteren Anforderungsprofils insbesondere unter Heranziehung physiologisch orientierter Stressmodelle nur schwer isoliert gegenüber psychischen oder

sozialen Stressoren betrachtet werden kann (vgl. Ungerer, 1990). Hinzu kommen physikalische Stressoren wie z.B. Hitze oder Lärm (Schallhorn, 1988). Für die Einsatzkräfte der Feuerwehr ergibt sich teils als eigenständiger (sozialer) Stressor, teils als Rahmenbedingung, die das Entstehen von Stress (aufgrund anderer Stressoren) und Stressfolgen begünstigt, das in einer Heldenrolle begründete Bild des „starken Feuerwehrmannes“. Daraus resultiert die Schwierigkeit, Unterstützung (von Kameraden, Führungskräften oder externen Experten) bei Belastungen in Anspruch zu nehmen (vgl. u.a. Rudolph, 1991; Schallhorn, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Reuß, 1992; Waterstraat, 1993; Hagebölling, 1997; Schmidt, 2001).

Besondere Einsatzmerkmale, die als Einflussfaktoren und Prädiktoren der PTSD diskutiert wurden, umfassen vor allem den Tod, die Verletzung von Kindern, Einsätze unter eigener Lebensgefahr, die Verletzung der (eigenen) körperlichen Unversehrtheit, Einsätze, die den Tod eines Kollegen zur Folge haben, Einsätze bei Unglücksfällen oder Gewalttaten, aber auch Situationen mit extremer Handlungsunfähigkeit (Müller, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Etzkorn, 1993; Waterstraat, 1993; von Groote, 1994; Hagebölling, 1997; Herzog, 1997; Teegen, Dornick & Heerdegen, 1997; Wagner, 1997; Deimling & Bartusch, 1999; Teegen, 1999; Barth, Bengel, Frommberger & Helmerichs, 2001; Bengel, 2001; Teegen & Yasui, 2000; Wagner, 2001; Wagner, Heinrichs, Kerber, Wingenfeld, Hellhammer & Ehlert, 2001). Darüber hinaus werden auch Einsätze im Rahmen von Großschadens- und Katastrophenlagen von Einsatzkräften als subjektiv besonders belastend bewertet (u.a. Müller, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Gabler, 1997; Hagebölling, 1997; Herzog, 1997; Kölbl, 1998; Deimling & Bartusch, 1999). Das führte u.a. auch zur generellen Einschätzung, diese Einsatzmerkmale als „extrem belastend“ zu bezeichnen (Butollo, 2002).

3.2.1 Belastungs- und Fehlbeanspruchungsfolgen

Werden Anforderungen der Tätigkeit im Einsatzdienst als Belastung bewertet, kann dies zum Erleben von Stress und zu Fehlbeanspruchung führen. Dabei wird auf grundlegende Modelle von Stress Bezug genommen, die als relevant für Einsatzkräfte diskutiert wurden, aber auch über den Einsatzdienst hinaus von Bedeutung sind. Von Groote (1994) differenziert drei Gruppen von Stressmodellen (Stress als schädigender Umweltreiz (Input), Stress als psychophysisches Ergebnis (vgl. Selye, 1981) und Stress als transaktionales Geschehen (vgl. Lazarus & Launier, 1978; Lazarus, 1990). Ungerer (1990) stellt eine Variante des transaktionalen Stressmodells vor, dass auf der kognitiven Bewertung von Informationsdefizit und -überlast basiert, auf das sich auch Martens (1990) bezieht. Müller & Brümmer (1992) definieren Stress als:

„Zustand subjektiver Über- oder Unterforderung (...), der mit bestimmten Veränderungen im Körper, im geistigen Leistungsvermögen, in den Empfindungen und den Handlungen verbunden ist“ (S. 80).

Dieser Unterteilung in körperliche, geistig-kognitive, affektive und handlungsbezogene *Stresssymptome* folgen auch Müller (1991) und Waterstraat (1993). Martens (1990), Ungerer (1990), Waterstraat (1993) sowie Hageböling (1997) orientieren sich an der Einteilung in Eu- und Distress, bzw. „positiven“ und „negativen“ Stress (ursprünglich Selye, 1981).

Als unmittelbar in Belastungssituationen auftretende *Stresserscheinungen* bzw. *-symptome* werden neben anderen vor allem Auswirkungen auf die Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeit im Einsatz (Schallhorn, 1988; Ungerer, 1990; Müller & Brümmer, 1992; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; von Groote, 1994; Hageböling, 1997; Schmidt, 2001), Veränderung physiologischer oder endokrinologischer Parameter (Martens, 1990; Ungerer, 1990; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; Waterstraat, 1993; von Groote, 1994), emotional-affektive Effekte (Martens, 1990; Müller, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Etzkorn, 1993; Waterstraat, 1993; Herzog, 1997; Wagner, 1997), psychosomatische Symptome und Gesundheitsbeschwerden (Müller & Brümmer, 1992; Reuß, 1992; Kölbl, 1998) sowie Verhaltensveränderungen und -auffälligkeiten beschrieben (Ungerer, 1990; Müller, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Etzkorn, 1993; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; Waterstraat, 1993; Hageböling, 1997; Schmidt, 2001).

Die PTSD wird häufig als *langfristige Folge* von (Extrem-) Stress und Belastung diskutiert (Deimling & Bartusch, 1990; Müller, 1991; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; von Groote, 1994; Hageböling, 1997; Herzog, 1997; Kölbl, 1998; Schmidt, 2001). Im Ergebnis von Studien bei unterschiedlichen Einsatzkräftegruppen wurde die PTSD-Prävalenz zwischen 18 und 36% (vollausgeprägte PTSD) angegeben (Clohessy & Ehlers, 1999; Teegen, 1999; Wagner, Heinrichs & Ehler, 1999; Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehler, 2001; Teegen & Yasui, 2000).

Auf Figley (1995) geht die Einteilung der PTSD in primäre und sekundäre PTSD zurück, er orientiert sich dabei an der individuellen Beteiligung von Personen bei der Konfrontation mit einem potenziell „traumatisierenden Ereignis“ (Opfer bzw. Angehöriger, Zeuge bzw. Helfer). Für Einsatzkräfte im Zivil- und Katastrophenschutz sind *beide* Formen der Traumatisierung von Bedeutung. Einen Überblick über den derzeitigen Erkenntnisstand bei PTSD von Einsatzkräften geben Albus & Siol (2001). Neben Einsatzkräften im Rettungsdienst, werden auch Einsatzkräfte von Feuerwehren, Polizisten sowie Soldaten im Krieg als potenzielle Risikogruppen für *extrem belastende Einsatzsituationen* genannt. Potenziell *prädiktive* Stressoren, die sich aus der beruflichen Tätigkeit oder Anforderungen im *Einsatzalltag* ergeben können, nennen sie jedoch nicht.

Für die Genese einer PTSD werden neben Einsatzmerkmalen auch weitere Faktoren für bedeutsam gehalten. Dazu zählen insbesondere bestimmte *soziodemografische Variablen*, *Persönlichkeitseigenschaften*, *biografisch erworbene personale Merkmale*, *physiologische Faktoren* sowie *soziale Prädiktoren*. Zu *soziodemografischen Prädiktoren* zählen z.B. das Geschlecht (Pieper & Maercker, 1999), das Alter und die Berufserfahrung (u.a. Bengel, 2001) sowie die Lebensform in Ehe bzw. Partnerschaft (z.B. Teegen, 2001).

Zu *Persönlichkeitseigenschaften*, denen ein Einfluss auf die Genese der PTSD zugeschrieben wird, gehören Aggressivität (Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehlert, 2001), ein starkes Selbstbild sowie eine hohe soziale Motivation und konstruktive Lebensphilosophie der Einsatzkräfte (Teegen, Domnick & Heerdegen, 1997).

Euthyme Ressourcen wie Humor (Wackerow, 2000), Selbstwirksamkeitserwartung (Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehlert, 2001), Kohärenzsinn und wahrgenommene soziale Unterstützung (u.a. Butollo, 2002) wurden als *biografisch erworbene, personale Merkmale* mit Einfluss auf die PTSD diskutiert und untersucht. (Dys)funktionale Copingstrategien gelten als moderierende personale Variablen des Zusammenhangs zwischen Extrembelastungen und PTSD.

Als *physiologische Einflussfaktoren* wurden z.B. endokrine Einflüsse des CRH-ACTH-Regelkreises genannt (Ehlert, 1999; Heim & Nemeroff, 1999; Shalev, 2001).

Soziale Prädiktoren, zu denen einerseits die Einbettung in eine altruistische Gemeinschaft, andererseits auch eine mangelnde soziale Unterstützung am Arbeitsplatz oder die unsichere Zukunft des Arbeitsplatzes zählen können, diskutieren u.a. Wackerow (2000) und Butollo (2002). Einen Überblick über mögliche Risikofaktoren für die PTSD geben Fischer, Bering, Hartmann und Schedlich (2000) in einer Literaturanalyse.

Über die PTSD hinaus wurden als *somatische Belastungsfolgen* mit Krankheitswert, z.B. gastrointestinale Beschwerden und kardiovaskuläre Erkrankungen untersucht (Müller & Brümmer, 1992; Reuß, 1992; Hageböiling, 1997; Wagner, 1997). Psychische Auffälligkeiten oder Störungen wie Alkoholmissbrauch, Depressionen oder Suizidalität finden Erwähnung bei Müller (1991), Müller und Brümmer (1992), Reuß (1992), Herzog (1997) sowie Wagner (1997).

Burnout, eine höhere Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, sinkendes Leistungsvermögen und nicht krankheitsbedingter Absentismus zählen zu Belastungsfolgen unterhalb der Krankheitsschwelle. Bei Einsatzkräften wurden sie aber bisher seltener untersucht als z.B. die PTSD. Daher finden sie auch in der Diskussion von Anforderungen, Belastungen, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen bei Einsatzkräften seltener Berücksichtigung (s. aber Martens, 1990; Rudolph, 1991; Müller & Brümmer, 1992; Reuß, 1992; Etzkorn, 1993; Ungerer, Hesel & Morgenroth, 1993; Remke, 1996; Bengel & Carl, 1997; Hageböiling, 1997; Herzog, 1997; Cramer, 1999). Jüngere Untersuchungen stützen die Hypothese, *Fehlbeanspruchungsfolgen unterhalb der Krankheitsschwelle*, wie z.B. Burnout, als Prädiktoren der individuellen Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit von Einsatzkräften in extremen Einsätzen zu zählen. Infolge der Beeinträchtigung der Widerstandsfähigkeit würden z.B. ausgebrannte Einsatzkräfte *eine* riskierte Gruppe für die Entwicklung einer PTSD nach extrem belastenden Einsätzen darstellen (Reinhard & Maercker, 2004).

3.2.2 Dominante psychologische Perspektiven und psychologisch begründete Ziele der PSNV für Einsatzkräfte: Psychotraumatologie und Arbeits- und Organisationspsychologie

Im Folgenden soll zunächst kurz ein umfassendes und integratives Rahmenmodell skizziert werden, das in der Tradition transaktionaler stresstheoretischer (Lazarus & Folkmann, 1984; Hobfoll, 1998), arbeits- und organisationspsychologischer (Frieling, 1999; Dunckel, 1999) und salutogenetischer Konzeptionen (Antonovsky, 1987) steht, in der die beruflichen Anforderungen und (Fehl-)Beanspruchungsfolgen von Einsatzkräften im Zivil- und Katastrophenschutz als Sonderfall von Belastungen und Folgen der Arbeit in helfenden Berufen, die mit Tod und Sterben konfrontiert sind, thematisiert werden (vgl. Gusy, 1995; Enzmann, 1996; Bengel, Bordel & Carl, 1998; Cherniss, 1999; Maslach & Leiter, 2001) (Abbildung 1 siehe Seite 52).

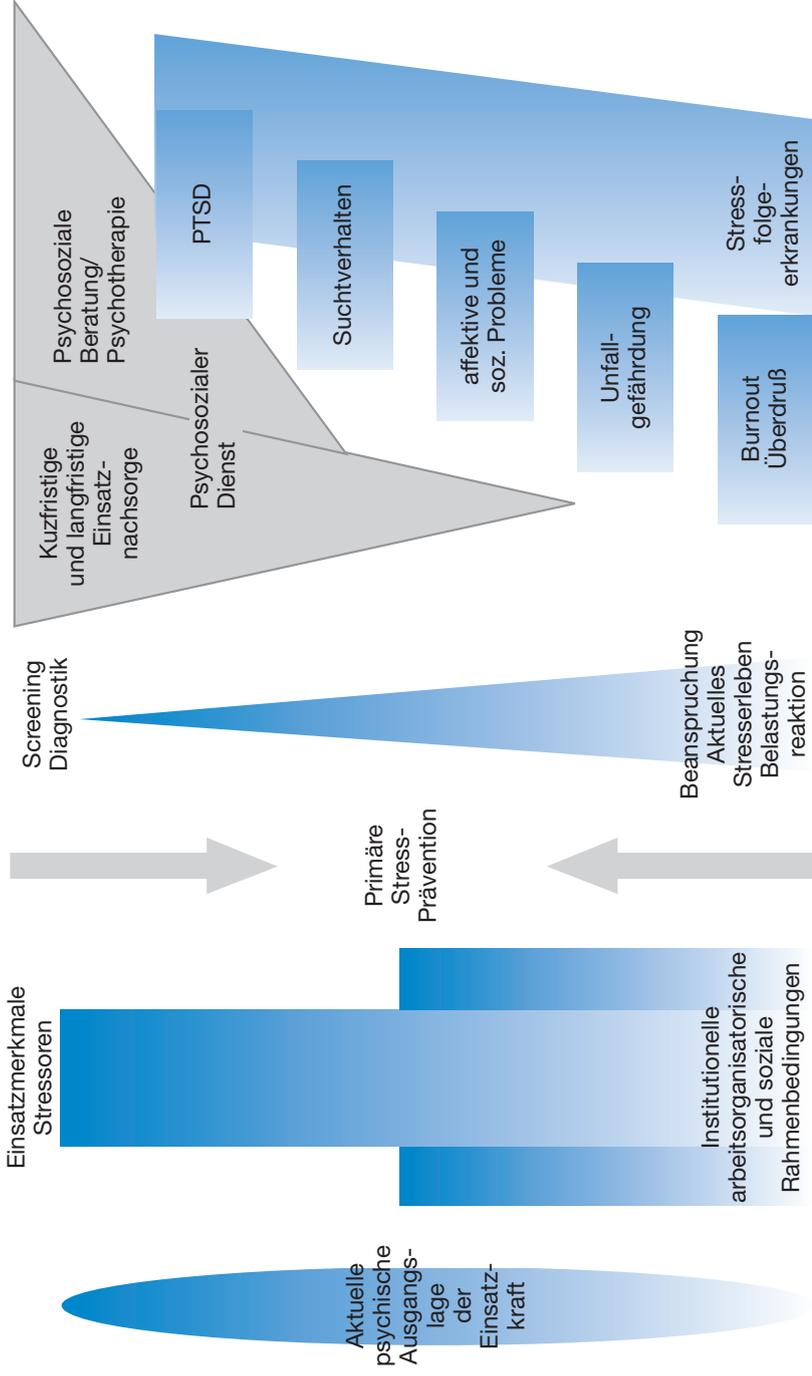
Extreme Einsatzsituationen erscheinen darin als Sonderfall von Arbeitsanforderungen mit spezifischem, hochriskantem Stressorenprofil. Insgesamt wird von mehr oder weniger stressrelevanten Einsätzen ausgegangen, die in mehr oder weniger erleichternde oder erschwerende arbeitsorganisatorische und tätigkeits-spezifische Rahmenbedingungen eingebettet sind. Merkmale der PTSD und anderer psychischer Störungen mit Krankheitswert erscheinen darin als Teilmenge des gesamten Spektrums von Fehlbeanspruchungsfolgen mit deutlich erhöhtem Belastungserleben. Daneben werden aber auch mehr oder weniger ausgeprägte Burnoutmaße sowie Merkmale eingeschränkter psychischer und beruflicher Belastbarkeit berücksichtigt.

Personale, biographisch erworbene Merkmale der Einsatzkraft, primär-stresspräventive sowie qualifizierende Ausbildungseffekte sowie aktuelle private und arbeitsorganisatorische Hintergründe ergeben demnach in einem konkreten Einsatz mit den jeweiligen Einsatzspezifika eine person- und ereignisbezogene riskante Konstellation, die mehr oder weniger das Risiko von Überforderung und hoher Stressbelastung beinhaltet.

Effekte der primären Stressprävention und Qualifizierung werden unter stresstheoretischen Gesichtspunkten vor allem darin angenommen, dass sie angesichts der Konfrontation mit einem spezifischen Stressorprofil während eines Einsatzes das Ausmaß der Bedrohungswahrnehmung und Stressreaktion verringern. Im Rahmen dieser Modellvorstellung können Angebote der Sekundärprävention (kurzfristige und langfristige Einsatznachsorge) als Puffer gegen die Herausbildung unterschiedlicher Langzeitfolgen von kumulierten Alltagsbelastungen *und* extrem belastenden Einsatzsituationen verstanden werden, die zusätzlich beim Versiegen der Ressourcen der Einsatzkraft in das Bewältigungssystem eingespeist werden. Sie werden daher komplementär zu den verfügbaren Selbsthilfekompetenzen der Einsatzkraft verstanden.

Die in Abbildung 1 dargestellte Übersicht macht vor dem Hintergrund dieser umfassenden Betrachtungsweise Lücken und Schwerpunkte der fachlichen Betrachtung, aber auch Uneinheitlichkeit in der Verwendung von Begriffen deut-

Abbildung 1: Rahmenkonzeption des Zusammenhangs zwischen Einsatz-Stressoren, Stresserleben, Stressfolgen, Stressfolgen und Interventionen



Anmerkungen: hellblau = Anforderungen oder Folgen im Normalbereich; dunkelblau = Anforderungen oder Folgen im Extrembereich; Spektrum dunkelblau-hellblau = Grade relativer Intensität von Belastungen und Belastungsfolgen) hellgrau = Ressourcen

lich, mit denen die psychologische Diskussion von Stress im Katastrophenschutz geführt wird. Bei genauerer Betrachtung der subdisziplinären Kontexte, in denen diskutiert wird, fällt auf, dass umfassende Modelle der Entstehung von einem breiten Spektrum von Stress- und Fehlbeanspruchungsfolgen aufgrund eines Spektrums komplexer tätigkeitsspezifischer Anforderungen eher im gesundheitsorientierten arbeitspsychologischen Rahmen zugrundegelegt werden, während im klinisch-psychologischen Kontext stärker der Schwerpunkt auf einzelne extrem belastende Einsätze und einzelne schwere psychische Folgen, insbesondere die PTSD unter weitgehender Vernachlässigung anderer psychischer und körperlicher Stressfolgen gelegt wird.

Der **arbeits- und organisationspsychologische Blick** konzentriert sich vorrangig auf das Stressorenprofil der jeweiligen Einsatzsituationen (Anforderungen), personale Ressourcen und Kompetenzen der Einsatzkräfte zur souveränen Ausführung der Tätigkeit sowie Kompetenzen zur Spannungsregulierung, situative Arbeitsbedingungen (organisationsbezogene Rahmenbedingungen und Umgebungsbedingungen), kurzfristige Beanspruchungsreaktionen (Stress, Belastungserleben) und ein breites Spektrum von langfristigen (Fehl-) Beanspruchungsfolgen wie z.B. innere Kündigung, Fehleranfälligkeit, Burnout sowie psychische und körperliche Erkrankungen. Als *Aufgabe* steht die Prävention von langfristigen Beanspruchungsfolgen als Strategie betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsschutzes im Vordergrund mit dem Ziel der Erhaltung der **Einsatzfähigkeit** (vgl. etwa Bengel, 1997; Teegen, 2001; Weißgerber, 2001).

Unter dieser Perspektive müssen *Einsatzalltag und extreme Einsatzsituationen als Kontinuum* mehr oder weniger riskanter Konstellationen betrachtet werden. Dieses Kontinuum wirkt auf eine mehr oder weniger (bewältigungs-)kompetente Einsatzkraft ein. Die Planung einer PSNV reicht damit auch in den Einsatzalltag hinein.

Der **psychotraumatologische Blick** dagegen konzentriert sich auf klinisch-relevante Effekte von extrem belastenden Einsätzen als „seelische Verletzungen“ (Fischer & Riedesser, 1998, S.119) bei unterschiedlich vulnerablen oder resilienten Einsatzkräften, auf die Konstellationen von Risiken für die Herausbildung von allgemeinen oder speziellen psychotraumatischen Syndromen und Traumafolgen (insbesondere der PTSD) nach Sekundärtraumatisierungen und deren Abbau durch Maßnahmen der Sekundärprävention von PTSD sowie geeignete (früh-)diagnostische Instrumente/Screening sowie peritraumatische, akute psychotraumatheapeutische Hilfen zur Überwindung einer eingetretenen **Akuten Belastungsstörung bzw. einer PTSD** (s. etwa Fischer & Riedesser, 1998; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998; Ehlers, 1999; Fischer, Bering, Hartmann & Schedlich, 2000; Teegen & Yasui, 2000; Albus & Siol, 2001; Maercker & Ehlert, 2001; Perren-Klingler, 2000; Gschwend, 2002; Teegen, 2003).

Berücksichtigt man, dass extrem belastende Einsatzsituationen eher einen geringen Anteil an der Gesamtzahl von Einsätzen einnehmen und auch „bei weitem nicht zwangsläufig eine posttraumatische Belastungsreaktion auftreten muss“ (Maercker & Ehlert, 2001, S.21), dann liegt der Fokus des psychotraumatologischen Blickes eher auf einem dramatischen Ausschnitt aller Einsätze, die auf eine

Hochrisikogruppe treffen, die sich nach dem Ereignis aufgrund ihrer jeweiligen dysfunktionalen Copingversuche eher auf Risikopfaden der Bewältigung bewegen. Die Nähe zum Stress-Begriff in der Konzeption der „Posttraumatic Stress-Disorder“ (PTSD) scheint hier sogar eher hinderlich, um die Besonderheit der psychischen Traumatisierung zu verstehen (s. Fischer & Riedesser, 1998)⁵.

Aus diesem Blickwinkel ist *insbesondere für Extreme Einsatzsituationen* und Katastrophenfälle eine Struktur der PSNV zu entwickeln.

Der Vergleich dieser Perspektiven erinnert an die klassische Kontroverse in den Gesundheitswissenschaften (z. B. Antonovsky, 1997; Jerusalem & Weber, 2003). Der psychotraumatologische Blick auf Einsatzkräfte scheint demnach eher einer pathogenetisch-orientierten **Präventionslogik** zu folgen, die ihre Interventionen mit Blick auf die (Gefahr einer) PTSD ausrichtet, während der arbeits- und organisationspsychologische Blick auf Belastungen der Einsatzkräfte eher einer **Gesundheitsförderungslogik** mit dem Blick auf die (gefährdete) Gesundheit folgt. Diese Überlegung sei unter 3.3 zur Kennzeichnung der *Handlungslogik* der Beteiligten noch einmal aufgegriffen.

Damit wird erkennbar, dass **je nach disziplinärer Blickrichtung die PSNV für Einsatzkräfte mit einem unterschiedlichen Ziel** vorgehalten werden soll. Eine Aufgabe des Netzwerk-Projekts wird darin bestehen, auch Transparenz in den Zielen der jeweiligen Handlungsstrategien der PSNV zwischen den Akteuren herzustellen.

5 Dieses ursprünglich eng definierte Spektrum berufsbezogener Extrembelastungen bei Einsatzkräften des Zivil- und Katastrophenschutzes wird jedoch durch drei „Entwicklungen“ in der Psychotraumatologie ausgedehnt, die gegenwärtig kontrovers diskutiert werden:

- die Benennung von immer mehr Ereignissen als „traumatische Ereignisse“, so dass Maercker & Ehlerer auch die Gefahr der „Überinklusion“ (2001, S. 23) sehen (etwa wenn von Mikrotraumatisierung gesprochen wird, Dombrowsky, 2002, S.19),
- die Unschärfe des Traumabegriffes, der „eine Gleichsetzung von Trauma und traumatischem Ereignis suggeriert“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 43), bei dem die Prozesshaftigkeit der Traumatisierung in den Hintergrund gerät,
- die pathologisierende Bewertung der akuten posttraumatischen Belastungsreaktion als „Belastungsstörung“ (DSM IV, APA (1996) und ICD 10, WHO (1992)).

3.3 Prozessverständnisse und Handlungslogiken unterschiedlicher Akteure im Zivil- und Katastrophenschutz

Das oben skizzierte Rahmenmodell soll im Folgenden genutzt werden, um die jeweilige Sicht auf den Prozess der Belastungsentstehung bei Einsatzkräften der unterschiedlichen im Großschadensfall aufeinandertreffenden Akteure zu kennzeichnen. Die unterschiedlichen Prozessverständnisse werden spätestens bei der Sichtung der vielfältigen Konzepte deutlich, die im Feld der PSNV nebeneinander existieren: Katastrophe, Persönliche Katastrophe, Notfall, Psychiatrischer Notfall, Psychologischer Notfall, Trauma, Traumatisierung, Psychotrauma, traumatische Krise u.a. scheinen den Pol der auf der Seite der Einsatzkraft angesiedelten *Anlässe* psychosozialer Notfallintervention zu kennzeichnen. Primär- und Sekundärprävention, subjektive und objektive Prävention, Notfallversorgung, Krisenintervention, Einsatznachsorge, Notfallnachsorge, Notfallseelsorge, Notfallpsychologie, psychologische Unterstützung, Traumatherapie kennzeichnen u.a. das Spektrum der *Hilfsangebote*. Dabei kann unterstellt werden, dass die Verwendung gleicher Begriffe bei unterschiedlichen Akteuren nicht zugleich auch mit gleichen Prozess- und Handlungslogiken verbunden sein muss.

Die hier zum Zwecke der Verdeutlichung vorgenommene Akzentuierung konstruiert „Prototypen von Handlungslogiken“, die jedoch innerhalb von Personen und Organisationen durchaus auch integriert sein können. Der folgende Herausarbeitung des spezifischen Blickes auf diesen Prozess liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- Im Großschadensfall treffen Einsatzkräfte der Feuerwehren, der Rettungsdienste, des THW und weiterer in der Gefahrenabwehr arbeitenden Organisationen auf weitergebildete Peers und Angehörige psychosozialer, therapeutischer und seelsorgerlicher Berufsgruppen, die in unterschiedlichen Feldern ihre Kompetenz einbringen.
- Jeder der im Folgenden zu kennzeichnenden Sichtweisen liegt die Konzentration auf bestimmte Elemente des Gesamtprozesses zugrunde.
- Die unterschiedlichen Prozessverständnisse konstituieren auch unterschiedliche Interventionsverständnisse („Handlungslogiken“) (s. auch Sauvants & Schnyder, 1996⁶).
- Jeder dieser Handlungslogiken hat aufgrund ihrer jeweiligen Schwerpunktsetzung auch spezifische Interventionsstärken auf den vorrangig thematisierten Ebenen bzw. zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Prozesses der Entstehung von Belastungsfolgen.

6 Sauvants & Schnyder (1996, S. 46) weisen darauf hin, dass die Unterscheidung von Krisen- und Notfalllogik erstmals von Despland & Besson (1991) vorgeschlagen wurde.

Das Anliegen dieses Systematisierungsversuches ist es, **Transparenz** mit dem Ziel wechselseitiger **Verständigung** über unterschiedliche Herangehensweisen und Stärken herzustellen, die der Planung einer fairen und transparenten Kooperation Psychosozialer Notfallversorgung im Zivil- und Katastrophenschutz dienlich sein können. Da diese Angebote grundsätzlich in eine Psycho-Logik von Belastungserleben und -verhalten sowie eine Psycho-Logik der Belastungsreduktion von Einsatzkräften eingebettet sind, sollte u.E. eine psychologische Rahmenkonzeption zum Abstimmungsprozess beitragen können.

3.3.1 Die Notfall-Logik

Die Notfall-Logik hat ihren Ausgangspunkt in einer extrem eingeschränkten Handlungsfähigkeit betroffener Personen, angesichts akuter gesundheitlicher und/oder psychischer Gefährdungen und eingeschränkter Fähigkeit zur Selbststeuerung, auf die professionelle Berufsgruppen in hohem Maße mit der Verantwortungsübernahme für die Prozesse der „Rettung“ reagieren (Sauvant & Schnyder, 1996).

3.3.1.1 Die präklinische Notfall-Logik

Medizinischer Notfall: Die präklinische Notfall-Logik geht davon aus, dass ein lebensbedrohendes Ereignis oder ein lebensbedrohlicher Zustand oder eine massive Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit vorliegt, die auf selbstverursachte oder drohende Schädigung im Rahmen einer psychischen Störung (Psychiatrischer Notfall), einer Erkrankung oder körperlichen Schädigung (Medizinischer Notfall), von Naturkatastrophen und technisch verursachten Unfällen sowie Schädigungen durch menschliche Handlungen/Viktimisierungen zurückzuführen ist.

Ärztliches und nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal handeln mit hoher Prozessgeschwindigkeit im Rahmen von Diagnostik, Indikation und Intervention und hoher/voller Verantwortungsübernahme mit dem Ziel der „Lebensrettung“, da die Patienten für sich selbst nicht oder nur deutlich eingeschränkt handlungsfähig sind. „Psychische Erste Hilfe“ ist dabei Bestandteil der Tätigkeit bzw. sollte ein Bestandteil sein (psychosoziale Basiskompetenz), je nach dem, in welchem Umfang die zu versorgenden Opfer, Angehörigen bzw. Hinterbliebenen ansprechbar sind (Müller-Cyran, 1996; Lasogga & Gasch, 2002a).

7 Überschneidungen ergeben sich zu anderen heilkundlichen professionellen Tätigkeiten (z.B. von Ärzten mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Qualifikation) bei psychischen Folgen von psychotraumatischen Erfahrungen.

3.3.1.2 Die Psychologische Notfall-Logik

Psychischer Notfall: „Hauptkennzeichen einer Notsituation ist es, dass der Notfall sich in erster Linie innerhalb der Psyche der Person abspielt und oft nach außen hin für den Laien nicht beobachtbar, erschließbar und interpretierbar ist. Eines der wichtigsten Merkmale eines Notfalls ist die Tatsache, dass Personen im Zustand der Not oft nicht in der Lage sind, ihre Not selbst zu bemerken, adäquat zu beschreiben und um Hilfe zu bitten und aus diesem Grund auf die psychologische Versorgung angewiesen sind“ (Wilk, 2001a, S. 53).

Dieses Notfallverständnis weist deutliche Parallelen zum präklinischen Notfallbegriff auf, da auch hier die akute Bedrohung, Hilflosigkeit und Gefährdung eines Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Verantwortung für das Geschehen wird in die Hände psychologischer Psychotherapeuten gelegt, die als Berufsgruppe in besonderer Weise kompetent und berechtigt sei. Die Basis ist

„die dem Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen des (Psychotherapeuten)Gesetzes zugesprochene fachliche Kompetenz – Ausübung von Psychotherapie ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung und Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (Wilk, 2001b, S. 5)⁷.

Notfallpsychologen werden somit mit besonderer Kompetenz beauftragt, durch geeignete Diagnostik, Indikationsstellung und Interventionsplanung „Seelenrettung“ analog der „Lebensrettung“ zu betreiben. „Notfallpsychologie heißt akutes Tätigsein vor, in und nach Extrembelastungssituationen (...)“ (Lucas, 2001, S. 13).

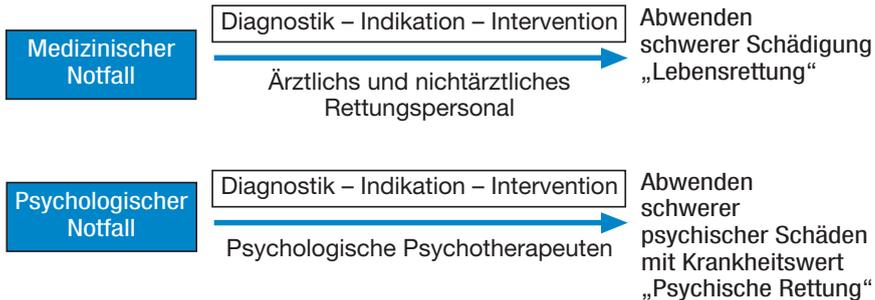
Hinsichtlich des psychologischen Notfall-Begriffes sind Parallelen zum *psychiatrischen Notfall* (z.B. bei massiver Suizidalität oder psychotischer Realitätsverknennung) deutlich erkennbar. Dennoch sind beide Vorstellungen nicht deckungsgleich, da in der sozialpsychiatrischen Diskussion der psychiatrische Notfall als eine nicht aufzufangende Krisenerfahrung beschrieben wird, in deren Scheitern dem Bewältigungsprozess es zur zugespitzten Überforderung, Ressourcenverarmung und Handlungsunfähigkeit kommt (Sauvant & Schnyder, 1996). In der notfallpsychologischen Handlungslogik wird dieser Notfall jedoch teilweise schon in der Situation der Konfrontation mit einer Extremerfahrung angesiedelt, d.h. am Schadensort (Hausmann, 2003).

In dieser Handlungslogik ist deutlich die Parallelität zur präklinischen Notfall-Logik erkennbar; in beiden Fällen liegt bei hoher Prozessgeschwindigkeit und maximaler Zuständigkeit die Aufgabe der Diagnostik und Intervention in den Händen ausgewählter gesetzlich beauftragter heilkundlich tätiger Berufsgruppen (Mental Health Professionals).

Vergleichbar ist auch die wahrgenommene Notwendigkeit, initiativ zu werden im Hilfeprozess gemäß der Beschreibung des Heidelberger Chirurgen Kirchner:

„Nicht der Notfallpatient kommt zum Arzt, sondern der Arzt kommt zum Notfallpatienten“ (1938, zit. nach Dick, 1996).

Abbildung 2: Parallelität von präklinischer medizinischer und psychologischer Notfall-Logik



© Beerlage, Hering & Nörenberg

3.3.2 Die Kriseninterventionslogik

Die Kriseninterventionslogik geht von der Krise als einem prozessualen Geschehen mit offenem Ausgang aus, in dem die Reaktionen und Bewältigungsprozesse von unterschiedlich ressourcenstarken und bewältigungskompetenten Subjekten die Einwirkung und Folgen von stressrelevanten Erfahrungen maßgeblich moderieren.

„Menschen geraten in eine Krise, wenn sie durch bestimmte Ereignisse, Erlebnisse oder Veränderungen so umfassend und belastend in Mitleidenschaft gezogen werden, dass der Fortgang ihres bisherigen Erlebens und Handelns unterbrochen wird“ (Dross, 2001, S. 10).

„Unter psychosozialen Krisen verstehen wir (...) den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Sonneck, 2000, S. 15).

Hier können die „psychosoziale Kriseninterventionslogik im Notfall“ und die „psychosoziale Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise“ unterschieden werden, die sich im Wesentlichen durch das zwingende bzw. das nicht notwendige Vorliegen einer Extremsituation unterscheiden.

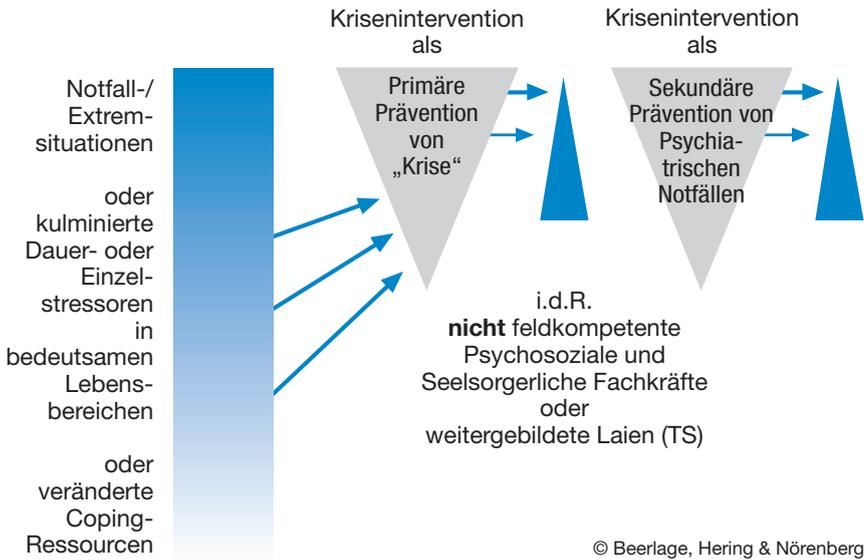
3.3.2.1 Psychosoziale Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise

Die *Veränderungskrise* ist zentraler Handlungsanlass. Im Sinne Caplans (1964) kann die Krise als vorübergehendes Ungleichgewicht zwischen kumulierten bzw. bedeutungsvollen Problemen (nicht notwendig Notfall) und Problemlösungsmöglichkeiten verstanden werden. Das Spektrum der Auslöser reicht in diesem Verständnis von der Kumulierung alltäglicher Stressoren oder Ressourcenbedrohung über Entwicklungsaufgaben und normative kritische Lebensereignisse bis hin zu extremen Ereignissen wie Viktimisierung und Lebensbedrohung. Auch der berühmte kleine Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt, kann also Auslöser einer Krise sein.

In dieser sozialpsychiatrisch geprägten Tradition versteht sich Krisenintervention zum einen als Primärprävention mit dem Ziel der Prävention anlassbezogener krisenhafter Überforderung (Krisenprävention) und zum anderen als Sekundärprävention mit dem Ziel der Prävention einer (psychiatrischen) Notfallsituation (Notfallprävention). Dabei bedient sie sich zeitlich befristet seelsorgerlicher, beraterisch-therapeutischer und sozialpädagogischer Mittel. Krisenintervention ist damit nicht an die Zugehörigkeit zu *einer* Berufsgruppe gebunden, sondern basiert in der interdisziplinären Zusammenarbeit auf einem geteilten Krisenverständnis. Die Prozesse erfolgen bei hoher subjektiver Dringlichkeit in einer gemeinsam ausgehandelten Prozessgeschwindigkeit, wobei der Klient diesen Prozess in Abhängigkeit von seiner noch vorhandenen relativen Ressourcenausstattung mehr oder weniger steuert. Voraussetzung der Interaktion ist jedoch die Beauftragung des Helfers durch den Klienten. Krisenintervention versteht sich als Hilfeangebot, das aber aktiv vom Klienten erbeten werden muss, d.h. es gibt keine Intervention ohne einen vereinbarten Auftrag nach einem Hilfeangebot (Schürmann, 1992; Kähler, 1993; Müller, 1993; Wienberg, 1993; Dross, 2001; Sonneck, 2000; Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2004).

Diese Handlungslogik (s. Abbildung 3 auf Seite 60) kennzeichnet das Feld der gemeindlichen Seelsorge sowie der Kriseninterventionsdienste, Suizidberatungsstellen, Krisenbetten etc. als Angebote der ambulanten psychosozialen Regelversorgung sowie eine Basiskompetenz im gesamten Angebotsspektrum der psychotherapeutisch-beraterischen Regelversorgung (vgl. Schürmann, 1992).

Abbildung 3: Psychosoziale Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise



Im Katastrophenfall können Personen mit dieser Handlungslogik Kooperationspartner in der mittel- und langfristigen Notfall- und Einsatznachsorge sowie als Ansprechpartner in der qualifizierten Vermittlung von Opfern, Angehörigen, Hinterbliebenen oder Einsatzkräften (langfristige Betreuung) angefragt werden. Sie könnten aber auch als zunächst strukturell nicht eingebundene und zunächst noch nicht beauftragte PSNV-Anbieter oder auch Einsatznachsorge bislang noch unorganisiert und ungebeten am Einsatzort auftauchen und ggf. (mit oder ohne Auftrag) zu handeln versuchen, da sie das spezifische Spektrum von Anforderungen im Notfall-Spektrum entweder nicht kennen oder die Differenzen zwischen der Kriseninterventionslogik im Notfall und in der Lebenskrise *nicht* wahrnehmen. In der Regel sind sie nicht einsatzerfahren und feldkompetent, jedoch geschult in der differenzierten Wahrnehmung von krisenhaft verlaufenden Verarbeitungsprozessen.

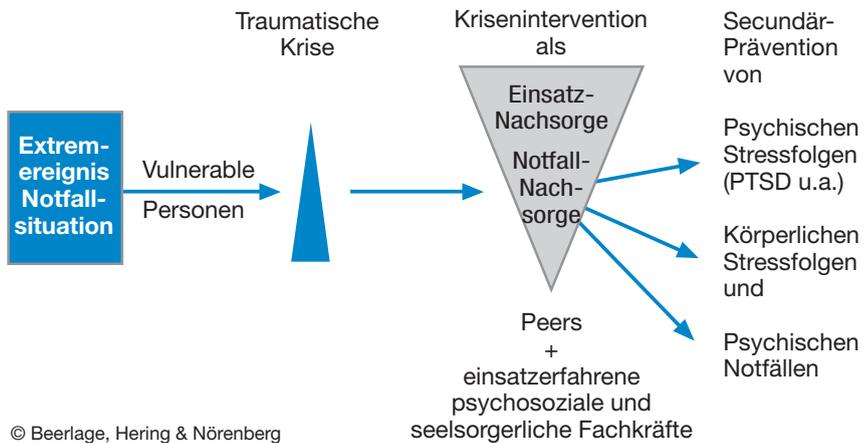
3.3.2.2 Psychosoziale Kriseninterventionslogik im Notfall

Die *Traumatische Krise* ist zentraler Handlungsanlass. Nach Lindemann (1944) kann die Krise dagegen als ein *Ausnahmestand infolge einschneidender Ereignisse* verstanden werden, in den vor allem vulnerable oder aktuell besonders verletzte Menschen geraten und/oder Menschen, deren Ressourcen im Augenblick nicht ausreichen, um eine solche Belastung aufzufangen (vgl. Lindemann, 1944). Ausgangspunkt des Kriseninterventionshandelns im Kontext der PSNV ist der Notfall-Logik folgend eine *potenziell traumatische Situation* (A Kriterium, Situationsmerkmale, DSM IV, APA 1996), die ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ hervorrufen *kann*,

„...das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79).

Sie richtet sich insbesondere, jedoch *nicht* ausschließlich an Menschen nach einer *traumatischen Erfahrung*, d.h. einer tatsächlich mit Hilflosigkeit und hoher Erregung erfahrenen Situation (Flatten, Hofmann, Liebermann, Wöller, Siol & Petzold, 2001; v. Hinckeldey & Fischer, 2002). Die *traumatische Krise* beschreibt das zeitlich befristete Ungleichgewicht nach einer traumatischen Situation, die von einer vulnerablen Person unzureichend biographisch integriert werden kann, so dass sie einen Traumatisierungsprozess durchläuft. Aktuell schwächende oder stärkende personale und soziale Ausgangslagen oder Rahmenbedingungen treten in ihrer Thematisierung in dieser Handlungslogik gegenüber der Wirkung des potenziell traumatisierenden Anlasses zurück. Auch dieses Kriseninterventionskonzept findet sich berufsgruppenübergreifend, jedoch vor allem in den Kreisen und einschlägigen Publikationen der Notfallseelsorge und Krisenintervention in Feuerwehr und Rettungsdienst (Müller, 1994; Bengel, 1997; Müller-Cyran, 1997; Mitchell, Everly, Igl & Müller-Lange, 1998; de Soir, 2000; Helmerichs, 2000; Müller-Lange, 2001c; Daschner, 2001; Perren-Klingler, 2000; Lasogga & Gasch, 2002a; Waterstraat, 1997, 2001; Meyer & Balck, 2002; Helmerichs, Marx & Treunert, 2002).

Abbildung 4: Psychosoziale Kriseninterventionslogik im Notfall



Krisenintervention als Notfall- und Einsatznachsorge wird hier verstanden als Sekundärprävention von psychischen und körperlichen Stressfolgen und generellen und spezifischen Traumafolgen, insbesondere der PTSD und Psychiatrischen Notfällen. Das therapeutische Interventionselement bzw. der Bezug zur psychischen Störung tritt deutlich gegenüber dem *sekundärpräventiv* ausgerichteten Handeln zurück.

Die in der „Kriseninterventionslogik im Notfall“ Handelnden sind entweder psychosozial geschulte Peers oder einsatzerfahrene und spezifisch für Notfalleinsätze qualifizierte psychologische, psychosoziale und seelsorgerliche Fachkräfte, die ihr Handeln in die Struktur und das Tempo eines Notfalleinsatzes einzubetten gewohnt sind. Jedoch erfolgt auch hier die Hilfe für belastete Opfer, Angehörige bzw. Hinterbliebene sowie Einsatzkräfte zunächst als Angebot, das erst nach einem individuell erteilten Auftrag in einen Hilfeprozess mit gemeinsam ausgehandelter Prozessgeschwindigkeit mündet (Abbildung 4).

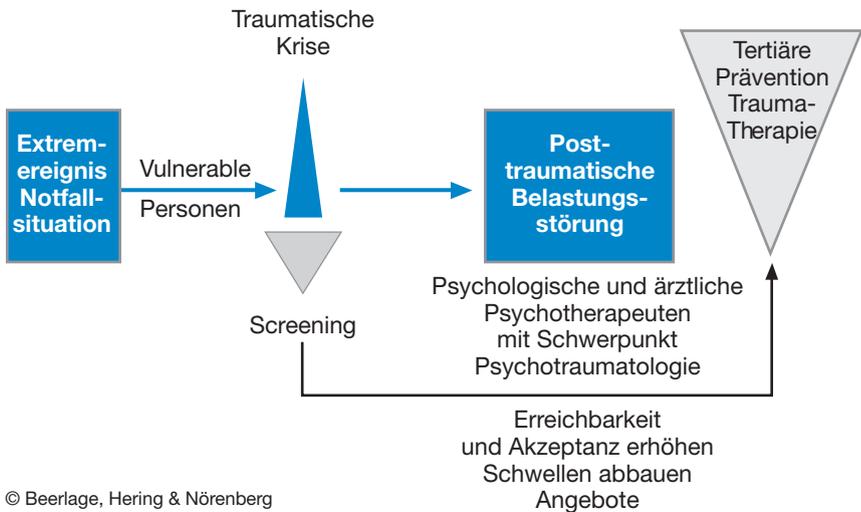
3.3.3 Psychotraumathe­rapie-Logik

Im Zentrum des Handelns stehen *Traumatisierung* und *Trauma*: Der theoretische Hintergrund der Traumatherapie-Logik (als Handlungsmodell) ist die Psychotraumatologie im oben skizzierten Sinne mit einem mehr oder weniger eng gefassten Traumaverständnis (s. Fußnote 5, S. 60). Ausgangspunkt des Handelns nach einer Psychotraumathe­rapeutischen Handlungslogik ist auch die Konfrontation mit einem kurz- oder langanhaltenden oder wiederholten Ereignis von katastrophalem Ausmaß und das Erleben einer traumatischen Erfahrung, das bei nahezu jeder betroffenen Person eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (WHO, 1992). Im DSM IV wird insbesondere der lebensbedrohende Charakter der Situation für die Person oder eine ihr nahestehende Person herausgestrichen, der sich ein Mensch hilflos, entsetzt und mit intensiver Furcht begleitet ausgesetzt sieht (APA, 1996). Aufgrund seines Ereignischarakters wird das Extremereignis als Prädiktor für die Herausbildung einer psychischen Störung betrachtet. Die Konzentration liegt auf der akuten Belastungsreaktion und späteren PTSD sowie auf traumatischen Krisen. Damit konzentriert sich der psychotraumatologische Blick in der PSNV auf die Belastungsspitze der belastenden Einsatzsituationen und die extrem beeinträchtigende Belastungsfolge der PTSD (z.B. Fischer & Riedesser, 1998; Maercker & Ehler, 2001; vgl. dazu kritisch Tetzner, 2002).

Zur psychotraumathe­rapeutischen Handlungslogik gehört jedoch neben der Konzentration auf „Traumatisierung und Trauma“ die Orientierung an diagnostischen und therapeutischen Handlungsschritten für traumatisierte Menschen, also der Teilmenge von exponierten Menschen, die aus dem Ereignis nicht unbeschadet hervorgegangen sind bzw. die Schädigung mit den personalen Ressourcen nicht gelingend verarbeiten können (Hochrisikogruppen, Gruppen auf Risikopfaden und in riskanten Konstellationen). Screeningverfahren sollen Menschen mit intensiven Belastungsreaktionen und akuten posttraumatischen Belastungsstörungen identifizieren; psychotraumathe­rapeutische Angebote sollen ihnen frühzeitig und niedrigschwellig angeboten werden. Peritraumatische Interventionen als Sekundärprävention sollen das Risiko der Herausbildung einer PTSD als spezifischer Traumafolge und anderer psychischer Beeinträchtigungen (generelle Traumafolgen) senken. Bei Vorliegen einer PTSD bieten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Psychotraumatologie psycho­(trauma)therapeutische Interventionen an. In der Akutversorgung kann bei im Notfallgeschehen erprobten Therapeuten die Prozessgeschwindigkeit den Not-

fallrahmenbedingungen angepasst sein; ansonsten herrscht die Prozessgeschwindigkeit therapeutischer Problembearbeitung vor (Abbildung 5).

Abbildung 5: Psychotraumatheapeutische Handlungslogik

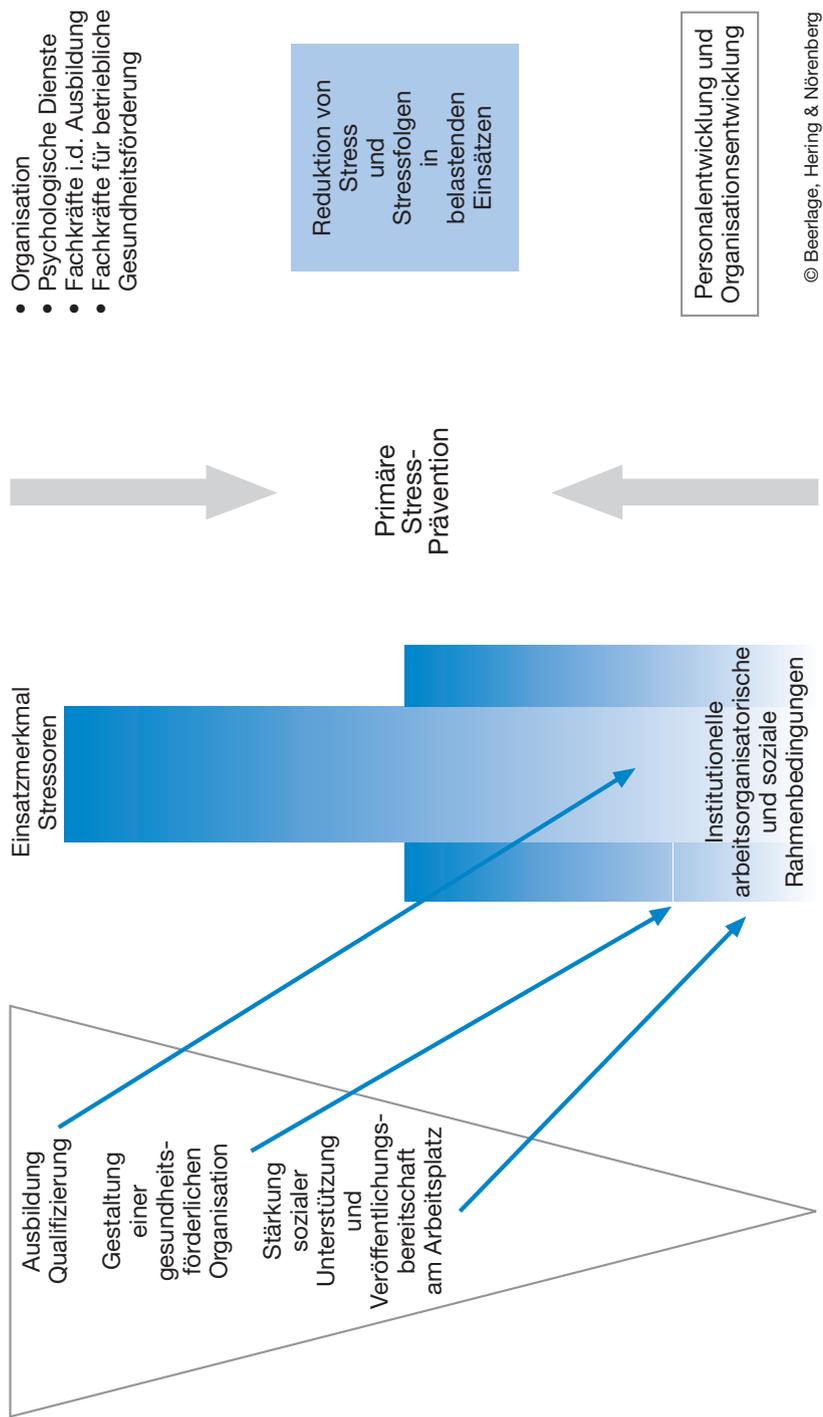


© Beerlage, Hering & Nörenberg

3.3.4 Betriebliche Gesundheitsförderungslogik

Gegenüber dem im „ersten Bereich“ angesiedelten psychotraumatheapeutischen Handlungsansatz wird hier vor allem „im grünen Bereich“ gehandelt. Die theoretischen und methodischen Grundlagen sind interdisziplinär und gehen über psychologische Beiträge weit hinaus. Handlungsanforderung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind *Beanspruchungen*, *Fehlbeanspruchungen* und *Fehlbeanspruchungsfolgen* der Einsatzkraft. Durch eine gute einsatzvorbereitende Qualifizierung soll ihre Handlungsfähigkeit im konkreten Einsatz hoch, ihre Fehlbeanspruchung dadurch gering sein. Neben der Qualifizierung (im Dienste des Bürgers *und* der Einsatzkraft) soll eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Organisation das Ausmaß zusätzlicher Stressoren oder im konkreten Einsatz aggravierende Rahmenbedingungen reduzieren. Mit der Förderung des sozialen Klimas am Arbeitsplatz, welches das Ausmaß gewährter sozialer Unterstützung erhöht, ebenso wie die Veröffentlichungsbereitschaft und Bereitschaft zu Hilfsuchverhalten sollen insgesamt die Ressourcen der Einsatzkraft und ihre Bewältigungskompetenz angesichts alltäglicher und extremer Einsatzsituationen gestärkt werden (z.B. Gusy, 1995; Bengel, 1997; Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 2001; Pieper & Maercker, 1999; Kuhnert, 2000). In dieser Handlungslogik wird Primärprävention im Vorfeld von extrem belastenden Einsatzsituationen praktiziert mit dem Ziel, das akute Stresserleben und damit auch Stressfolgen und Stressfolgeerkrankungen zu verhindern.

Abbildung 6: Handlungslogik der betrieblichen Gesundheitsförderung



Die Maßnahmen werden von Verantwortlichen in den Behörden und Organisationen, Fachkräften in der Ausbildung, Mitarbeitern der psychosozialen Dienste sowie spezifisch qualifizierten Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie z.B. Diplom-Psychologen mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, Diplom-Gesundheitswirten mit dem Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung betrieben und von den Leistungsträgern (z.B. Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen) mit dem Ziel der Erhaltung der Einsatzfähigkeit gefördert (Abbildung 6).

Abschließend sei angemerkt, dass die Auseinandersetzung mit den auf unterschiedlichen Prozessverständnissen und Handlungszielen basierenden Handlungslogiken einen Beitrag dazu leisten kann, Unverständnisse, Missverständnisse sowie Kooperationsprobleme durch unterschiedliche Handlungstempi und Initiativen transparent zu machen. Insbesondere der Krisenbegriff (zwangsläufige vs. verarbeitungsabhängige psychische Ausnahmesituation nach der Konfrontation mit extrem belastenden Einsätzen) und der Notfallbegriff (zu Beginn oder am Ende einer Verarbeitungs- und/oder einer Handlungskette) sowie das Ausmaß der Verantwortungsübernahme im Gesamtprozess der Einsatznachsorge können einige „Schnittstellenproblematiken“ erklären. Die Orientierung eher am „roten“ oder „grünen“ Bereich der Beanspruchung und Beanspruchungsreaktionen scheint das Spektrum pathogenetischer, am biomedizinischen Krankheitsmodell ausgerichteter vs. salutogenetischer Interventionsansätze abzubilden, die im Hinblick auf den prozessualen Charakter der psychosozialen Unterstützung für Einsatzkräfte möglicherweise neben anderen zu berücksichtigenden Kriterien auch zu einer zeitlichen Strukturierung der Zuständigkeiten in einem Netzwerk PSNV auffordern.

Auffällig ist, dass neben einem eher engen (Stressimmunisierung, Stressmanagement) oder weitem Präventionsverständnis (Qualifizierung, betriebliche Gesundheitsförderung) im Vorfeld auch in der Akutphase sowohl sekundärpräventive wie therapeutische Herangehensweisen vertreten sind. Daraus können die möglicherweise *sehr* unterschiedlichen Anforderungen an Mindeststandards und berechnete PSNV-Anbietergruppen resultieren.

3.3.5 Erste Sprachregelungen: Handlungslogiken im Spektrum der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Rahmen der PSNV für Einsatzkräfte

Mit Blick auf die Akteursvielfalt, die beteiligten Handlungslogiken und die daraus resultierenden Schnittstellenprobleme werden im Folgenden zunächst inhaltliche Präzisierungen für die Grundstrategien der PSNV unabhängig vom *Zielgruppenbezug* (Opfer, Angehörige, Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte) im Hinblick auf die zeitliche Gliederungen vorgenommen. In den Empfehlungen zu einer eindeutigen Sprachregelung (s. 8.) werden diese nach Zielgruppen und Zeitfenstern präzisiert. D.h. hier wird zunächst noch z.B. Krisenintervention als Oberbegriff verwendet, ohne dass zwischen Notfall- und Einsatznachsorge differenziert wird.

3.3.5.1 Primärprävention (Angebot nur für Einsatzkräfte)

Zur Primärprävention werden im Folgenden alle präventiven Maßnahmen gezählt, die das Stressorenprofil von Anforderungen der Tätigkeit modifizieren, die das Belastungsausmaß in künftigen, auch extremen Einsatzsituationen senken können und die das Risiko intensiver Erregung und Stressreaktionen sowie dysfunktionaler Copingstrategien mit Stress senken. Zu letzterem gehört der Erwerb von Strategien zur Stressimmunisierung sowie zum Stressmanagement ebenso wie der Erwerb grundlegender Kenntnisse zur Früherkennung von Traumatisierungsprozessen. Diese Maßnahmen können auf der Ebene der Person, der Arbeit/Tätigkeit oder Institution ansetzen und sich zum einen auf Einsatzmerkmale, zum anderen aber auch auf das Organisationsklima und die Rahmenbedingungen der Tätigkeit beziehen (Butollo, 2002; Martens & Schallhorn, 2002; v. Wietersheim, 2002; Bengel, 2004; Hering & Beerlage, 2004, s. auch 5.3). Das primärpräventive Ziel besteht in der Optimierung der Passung von Anforderungen und Belastungen einerseits und der Qualifikation der Einsatzkraft andererseits sowie in der Minderung von langfristigen Fehlbeanspruchungsfolgen, Stress- und Traumareaktionen sowie langfristigen Fehlbeanspruchungsfolgen.

Primärprävention geht in diesem Verständnis über Stressmanagement/Stressimmunisierung (wie im CISM: „geistiges Vorbereitungstraining“, Everly & Mitchell, 2002, S. 75) hinaus; betont wird die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und damit *die umfassende Fürsorgepflicht der Arbeitgeber* (Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), 2004).

Dazu zählen, diesem umfassenden Verständnis folgend (Butollo, 2002; Herweg, 2002; Martens & Schallhorn, 2002; v. Wietersheim, 2002; Bengel & Heinrichs, 2004; Hering & Beerlage, 2004):

- Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Arbeit in Einsatzorganisationen;
- Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen;
- Qualifizierung der Einsatzkräfte, um künftigen Anforderungen mit höherem Wirksamkeitserleben entgegenzutreten und weniger Überforderung und Hilflosigkeit zu erleben;
- stressimmunisierende Vorbereitung auf hoch belastende, komplexe Einsätze;
- Vermittlung von Stressmanagementkompetenzen im Umgang mit intensiven Stressreaktionen.

3.3.5.2 Krisenintervention, Notfallnachsorge und Einsatznachsorge nach traumatischen Situationen und Erfahrungen

Wie gezeigt werden konnte, verbinden sich mit dem Kriseninterventionsbegriff unterschiedliche Handlungslogiken, die auf unterschiedlichen Krisen- und Notfallverständnissen basieren sowie unterschiedliche zeitliche Erstreckung der

Tätigkeit implizieren. Gemeinsam ist beiden Handlungslogiken das sekundärpräventive Ziel, einer Zuspitzung psychischer Zustände (Krisen) und einer Verringerung von Verarbeitungsmöglichkeiten vorzubeugen, die in psychische Störungen mit Krankheitswert oder psychiatrische Notfälle münden können. Krisenintervention ist damit eine basale sekundärpräventive *Handlungsstrategie*, die mit unterschiedlichen *Interventionsmethoden* für unterschiedliche Zielgruppen umgesetzt werden kann (Sauvant & Schnyder, 1996; Dross, 2001; Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2004).

Zeitlich begrenzt

Gemeinsam ist den Kriseninterventionsangeboten mit unterschiedlicher Handlungslogik die Konzeption der Hilfe als *zeitlich befristete* Intervention (Daschner, 2001; Dross, 2001; Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2004; KIT-München, 2004).

Indikationen von Krisenintervention im Notfall

Ausgangspunkt des Kriseninterventionshandelns im Kontext der PSNV ist der Notfall-Logik folgend eine potenziell traumatische Situation, die als traumatische Erfahrung erlebt wird, die wiederum in einem Traumatisierungsprozess einmünden kann, der durch Krisenintervention verhindert oder abgeschwächt werden soll.

Die Unterscheidung der Handlungsauslöser „Traumatische Situation“ und „Traumatische Erfahrung“ erscheint für die Planung der PSNV sinnvoll. Geht man von der „Traumatischen Situation“ als Handlungsanlass aus, so werden damit auch mögliche Maßnahmen angesprochen, die sich an Menschen richten, die vom Ereignis betroffen sind, aber (noch) keine Verarbeitungsmerkmale mit hohem Prädiktorwert für die Herausbildung einer PTSD in der akuten Situation aufweisen oder bereits traumatisiert sind. Sie können jedoch bezogen auf das Spektrum „normaler Reaktionen auf ein nicht normales Ereignis“ (Müller-Cyran, 2004) *Beistand* und *Informationen* (Psychoedukation) benötigen, um kognitive Kontrolle wieder zu gewinnen und um kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien gegen eine pathologisierende Besorgnis gegenüber sich und anderen einsetzen zu können oder aber auch, um frühzeitig Merkmale einer, den Traumatisierungsprozess begleitenden oder kennzeichnenden Verarbeitungsweise bei sich und anderen zu erkennen (etwa peritraumatische Dissoziation, s. dazu Wöller, Siol & Liebermann, 2001).

Es sollten jedoch auch einige über die traumatische Situation hinausweisende Situationsmerkmale als Indikationen von PSNV für spezifische Personen in beiden Zielgruppen, aber insbesondere innerhalb von Einsatzorganisationen berücksichtigt werden:

- Summierungen von belastenden Erfahrungen unterhalb der Extremschwelle innerhalb einer Erholung nicht erlaubenden Zeit (Hagemann, 1993), da hier ein „Kindling-Effekt“ (Wagner & Seidler, 2004) ausgelöst werden kann;

- Situationen unterhalb der Extremschwelle, die strukturelle oder im Erleben der betroffenen Personen Ähnlichkeiten mit früheren belastenden Situationen aufweisen, die jedoch (noch) keine PTSD-Entwicklung auslösten (Wagner & Seidler, 2004);
- sowie ein erkennbares Missverhältnis zwischen inneren und äußeren Schutz- und Risikofaktoren (Fischer & Riedesser, 1998; Reinhard & Maercker, 2004).

Für das Angebot bzw. die Inanspruchnahme von Krisenintervention muss somit weder eine traumatische *Erfahrung* noch ein begonnener Traumatisierungsprozess vorliegen; das Vorliegen einer potenziell traumatischen Situation ist ausreichender Anlass, zumindest ein Informationsangebot an alle vom Ereignis unmittelbar oder mittelbar Betroffene zu richten. Krisenintervention richtet ihr Angebot an alle Betroffenen in der Akutphase nach einem Individual- oder auch Masseneignis, vor allem aber an Menschen nach einer *traumatischen Erfahrung* (Flatten, Hofmann, Liebermann, Wöller, Siol & Petzold, 2001; v. Hinckeldey, Fischer, 2002).

3.3.5.3 Strategien der Nachsorge in unterschiedlichen Zeitfenstern

Die Zuordnung der Angebotstypen zu unterschiedlichen Zeiträumen der PSNV erfolgt in Analogie zur zeitlichen Differenzierung der Einwirkung der traumatischen Situation sowie zwischen akuter Belastungsstörung und PTSD (unmittelbar und ereignisnah, bis vier Wochen, ab vier Wochen) (WHO, 1992; APA, 1996; Flatten, Hofmann, Liebermann, Wöller, Siol & Petzold, 2001; Hausmann, 2003; Friedmann, Hofmann, Lueger-Schuster, Steinbauer & Vsocki, 2004; Teegen, 2004). Zugleich wird damit auf die sich in der Zeit wandelnden Bedürfnisse der Betroffenen Bezug genommen (Shalev, 2001; Lueger-Schuster, 2004a) sowie auf psycho-biologische Prozesse traumabezogener Informationsverarbeitung (Butollo, Krüsmann & Hagl, 1998; v. Hinckeldey & Fischer, 2002).

3.3.5.3.1 Kurzfristige und mittelfristige Krisenintervention als Sekundärprävention

Im Mittelpunkt *kurzfristiger Maßnahmen* der Krisenintervention in der PSNV stehen alle *unmittelbaren* methodisch strukturierten⁸ Maßnahmen der psychosozialen Begleitung, emotionalen Stabilisierung, Wiedergewinnung kognitiver Kontrolle, Gewährung von Sicherheit und Entlastung sowie primärer körperlicher Bedürfnisbefriedigung unter Bedingungen des Einsatzes. Feldkompetenz ist zwingend erforderlich.

8 Mit der Betonung der methodisch reflektierten Durchführung sollen die Angebote spezifisch qualifizierter Anbieter von allgemeiner mitmenschlicher Nähe und hilfreichem Beistand (soziale Unterstützung) unterschieden werden, wobei damit weder die menschliche Komponente des qualifizierten Beistandes noch die hilfreiche Wirkung des spontanen mitmenschlichen Beistandes in Abrede gestellt sein sollen. Zum Angebot mit Einbindung in die PSNV-Gesamtstruktur wird jede Hilfe jedoch erst durch entsprechend nachgewiesene Qualifikation.

Die *mittelfristig angebotenen* methodisch strukturierten Maßnahmen der Krisenintervention als Sekundärprävention dienen vorrangig der Ermöglichung von Erfahrungsverarbeitung, der Ressourcenstärkung und des Empowerment, der Vermittlung in regionale Hilfenetze, der Unterstützung bei administrativen Anforderungen z.B. Überführung eines Verstorbenen in den Heimatort sowie der Unterstützung bei indirekten aus dem Ereignis resultierenden Notlagen u.v.m. (vgl. Helmerichs, 2002; Helmerichs 2004). Es werden zunehmend mehr Kompetenzen aus dem psychosozialen Handlungsspektrum notwendig (Teichmann & Franke, 2004).

3.3.5.3.2 Langfristige Nachsorge als Sekundärprävention

Langfristige Maßnahmen können bei eingetretenen psychischen Traumafolgestörungen mit Krankheitswert therapeutischer, d.h. tertiärpräventiver Natur sein. Ergänzend dazu aber auch unabhängig davon erfüllen eine Vielzahl von Hilfsangeboten sekundärpräventive Funktionen.

Langfristige Maßnahmen der Sekundärprävention nach Notfällen verlassen die Logik einer zeitlich befristeten Krisenintervention und sollten daher *nicht mehr unter dem Kriseninterventionsbegriff* geführt werden. Zur langfristigen sekundärpräventiven Nachsorge zählen alle Maßnahmen der weniger dichtmaschigen Begleitung, Betreuung, Beratung sowie Vermittlung zu relevanten Ansprechpartnern und Institutionen sowie Maßnahmen der Vertretung der Interessen der Betroffenen aller Zielgruppen mit dem Ziel der Vorbeugung von Folgebelastungen, verzögert einsetzender Traumatisierungsfolgen und Fehlbeanspruchungsfolgen (nur bei Einsatzkräften) sowie zur Verhinderung von Sekundärviktimsierung (z.B. im Zusammenhang mit gerichtlichen Klärungen etc.). Hierunter fallen auch die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen für die Begegnung mit anderen Betroffenen sowie die Begleitung bei Jahrestagen oder öffentlich bekannt werdenden Extremereignissen, die aufwühlend wirken können.

Es sollte berücksichtigt werden, dass Menschen nach Notfällen vulnerabler sein können, „normale Anforderungen“ und Lebensereignisse überfordernd und krisenhaft zu erleben; so ist die deutlich erhöhte Suizidgefahr bei Angehörigen von Suizidopfern, ebenso wie bei Opfern von sexuellem Missbrauch gut belegt (Shneidman, 1982; Sonneck, 2000; Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2004). Hier können insbesondere Kriseninterventionsangebote mit der Handlungslogik der Krisenintervention in der Lebenskrise Unterstützung gewähren, die in strukturelle Überlegungen *unbedingt* mit einbezogen werden sollten.

3.3.5.3.3 Langfristige Nachsorge als Tertiärprävention

Langfristige Maßnahmen der Tertiärprävention umfassen psycho(trauma)therapeutische und psychosoziale Interventionen mit den Zielen der schnellen Linderung und Heilung sowie Prävention von Chronifizierung einer eingetretenen psy-

chischen Traumafolge und der Ermöglichung der Rückkehr in Alltag und Beruf bei Einsatzkräften (Rückkehr in die Einsatzfähigkeit).

Für alle PSNV-Angebote, die in die genannten Zeitfenster fallen (sollten), werden unter 8.4.3. eindeutige Sprachregelungen vorgeschlagen. Dies bedarf jedoch zunächst der Klärung von unterschiedlichen Expertisen (s. 3.4), der Auswertung von Koordinierungserfahrungen in Großschadenslagen (s. 6.) sowie der Beschreibung einer Struktur zur Einbeziehung der Akteure (s. 7.).

3.4 „Experten“ und „relative“ Expertise im Zivil- und Katastrophenschutz

Eine Klärung des Expertenbegriffes erscheint vonnöten, um den Kreis der Personen bestimmen zu können, die in Überlegungen zur Vernetzung der PSNV für Einsatzkräfte einbezogen werden sollen. Hier seien unter „Experten“ im weitesten Sinne zunächst alle Personen und Organisationen verstanden, die in der Ausbildung/primären Stressprävention und Sekundärprävention bzw. Krisenintervention bzw. Einsatznachsorge sowie in der langfristigen Nachsorge und Traumatherapie von Einsatzkräften bereits arbeiten und/oder eigene Konzepte zur PSNV für Einsatzkräfte entwickeln oder dies planen. Expertise wird nicht als fixes Anbietermerkmal verstanden, sondern als relative Größe in Bezug auf die Nutzer: „Experten sind viele, aber nicht für alles und jeden“.

Abbildung 7: Systematik unterschiedlicher Experten im Kompetenznetzwerk



© Beerlage, Hering & Nörenberg

Darüber hinaus sind auch diejenigen – wenn auch nur in einem Kompetenznetzwerk, nicht in einem PSNV-Anbietwork – zu berücksichtigen, die Konzepte oder Praxisansätze anbieten, von denen ein Gewinn für die PSNV von Einsatzkräften angenommen wird oder werden kann.

Eine zunächst modellhaft vollzogene Unterscheidung der Expertengruppen *aus der Sicht* der Zielgruppen „Einsatzkräfte der Feuerwehren, Hilfsorganisationen und THW in den Modellländern Berlin und Sachsen-Anhalt“ erscheint hilfreich bei der Beschreibung relativer Expertise (Abbildung 7).

Expertengruppe 1: Experten aus den Behörden und Organisationen (der Zielgruppen) in den Regionen

Expertise für die Zielgruppen des Netzwerk-Projektes im engeren Sinne haben Peers/Mediatoren, die in der PSNV für Einsatzkräfte, insbesondere Einsatznach-sorge weitergebildet und als Angehörige der Feuerwehren, der Hilfsorganisationen oder des THW in den Regionen tätig sind, Mitarbeiter der psychosozialen Dienste sowie einsatzerfahrene und in der PSNV tätige Angehörige anderer Berufsgruppen (Notfallseelsorger, Notfallpsychologen, Psychotraumatologen, andere Personen mit CISM-/SbE-Ausbildung), falls sie bislang schon im Auftrag der Behörden und Hilfsorganisationen tätig sind – auch wenn sie nicht zwingend Mitglied der Behörden und Organisationen sind. Dies schließt die Mitwirkung in der primären Stressprävention im Rahmen der Aus- und Weiterbildung mit ein. Zu den Experten erster Ordnung zählen ebenfalls die Verantwortlichen in den Behörden und Organisationen, vor allem vor dem Hintergrund weiterführender struktureller Fragen.

Die Arbeit dieser Experten in der primären Stressprävention sowie der psychosozialen Unterstützung der Einsatzkräfte der Feuerwehren, der Hilfsorganisationen und des THW in den Ländern sind im Einsatzalltag und im Großschadens- bzw. Katastrophenfall *behörden- bzw. organisationsintern* geregelt.

Expertengruppe 2: Experten anderer Behörden und Organisationen in der Region

Als Experten der zweiten Art werden Verantwortungsträger bzw. Einsatznach-sorgeteams (ENTs) anderer in der Region tätiger Behörden und Organisationen (z.B. Bundeswehr, Polizei, BGS...) angesehen, die behörden- bzw. organisationsintern für ihre jeweiligen Einsatzkräfte Ausbildungskonzepte zur primären Stressprävention planen bzw. entwickelt haben und/oder Einsatznach-sorge durchführen. Dazu zählen ebenfalls die Mitarbeiter der Psychosozialen Dienste sowie einsatzerfahrene und in der Notfallversorgung tätige Angehörige anderer Berufsgruppen (Notfallseelsorger, Notfallpsychologen, Psychotraumatologen, andere Personen mit CISM/SbE Ausbildung), falls sie bislang schon im Auftrag dieser benachbarten Behörden und Hilfsorganisationen tätig sind, auch wenn sie nicht zwingend Mitglied der Behörden und Organisationen sind. Innerhalb der hier genannten Behörden ist die psychosoziale Unterstützung (PSU) der Einsatzkräfte im Einsatzalltag und im Großschadens- bzw. Katastrophenfall *behördenintern* geregelt.

Bei MANV, Großschadensfällen sowie im Katastrophenfall in der Region kann es aber zur gegenseitigen Unterstützung der Einsatzkräfte der Zielgruppen des Netzwerk-Projektes und der hier genannten Behörden/Organisationen kommen (Amtshilfe). Hierdurch entsteht behörden- und organisationsübergreifender regionaler Koordinierungsbedarf.

Im Hinblick auf die konzeptionelle Weiterentwicklung in der Prävention, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge erscheinen wechselseitige Anregungen durch Vernetzungen im Sinne des *Erfahrungsaustausches* wahrscheinlich. Ein besseres Wissen um die teilweise nebeneinander ablaufenden Vernetzungsinitiativen könnte langfristig im Dienste einer Gesamtstruktur der PSNV gewinnbringend sein.

Expertengruppe 3: Vertreter verschiedener Verbände und Organisationen der überregionalen PSNV

Zur dritten Gruppe zählen Vertreter überregionaler Organisationen, die psychosoziale Unterstützung für Einsatzkräfte unterschiedlicher Organisationen vorhalten (z.B. Bundesvereinigung SbE e.V., MHD;...) und in Behörden und Organisationen in Alarmierungsplänen für den Großschadens- bzw. Katastrophenfall namentlich oder als regionales Team genannt werden und als „Externe“ hinzugezogen werden können.

Die Personen, die zu diesem Kreis der ausgebildeten, einsatzerfahrenen und tätigen PSNV-Anbieter zählen, sind innerhalb ihrer Herkunfts-Behörden und Hilfsorganisationen an der Primärprävention und Einsatznachsorge im Einsatzalltag und Katastrophenfall beteiligt, wenn sie Mitglied der Organisation sind (regional Expertengruppe 1 oder 2).

Es können aber auch Personen ohne organisatorische Zugehörigkeit zu den Behörden und Organisationen sein, welche die jeweilige Ausbildung durchlaufen haben aber für die Organisation regelmäßig tätig sind. Im Großschadens- bzw. Katastrophenfall werden die Mitglieder der Einsatznachsorge im Rahmen von Alarmierungsketten in die Einsatzkräftebetreuung anderer Behörden und Organisationen und evtl. anderer Regionen einbezogen, ohne dass sie jedoch regionale Kenntnisse haben.

Koordinierungsbedarf besteht zum einen zwischen Bundes- und Länderbehörden und Hilfsorganisationen. Er entsteht im Großschadens- bzw. Katastrophenfall auch durch die Zusammenarbeit externer PSNV-Anbieter von CISM/SbE mit den regionalen PSNV-Anbietern. In die Bemühungen zur Primärprävention innerhalb anderer Organisationen und/oder Regionen sind sie strukturell nicht einbezogen.

Überschneidungen zwischen der Zugehörigkeit zur ersten bzw. zweiten Expertengruppe einerseits und der Zugehörigkeit zur dritten Gruppe andererseits sind bei einzelnen Personen oder ENTs möglich. Bei einer konkreten Lage entscheidet die Zugehörigkeit zur jeweiligen Behörde oder Hilfsorganisation sowie die regionale Herkunft über die Zugehörigkeit zur jeweiligen Expertengruppe und damit über

die im Rahmen von Koordinierungsprozessen und Kooperationsvereinbarungen zu klärende Aufgabe vor Ort.

Im Hinblick auf die Feldkompetenz und Erfahrung in der Betreuung von Einsatzkräften sind alle drei erstgenannten Gruppen „Experten für Einsatzkräfte“ und potenziell strukturell einzubindende Personen und Organisationen.

Expertengruppe 4: Wissenschaftler, Praktiker aus angrenzenden Feldern

Zur Weiterentwicklung des wissenschaftlichen, praktischen und strukturellen Rahmens der PSNV erscheint es sinnvoll, von einem erweiterten Kompetenznetzwerk auszugehen, dem nicht nur PSNV-Anbieter (Expertengruppen 1–3) angehören, die bereits in der Alarmierungskette der jeweiligen Behörden und Hilfsorganisationen geführt werden sowie den PSNV-Anbieternetzen angehören, sondern auch diejenigen Personen und Organisationen, die darüber hinaus an Konzepten zur primären Stressprävention bei hoch stressexponierten Berufsgruppen, in der Aus- und Weiterbildung sowie an Konzepten zur sekundären Stressprävention durch psychosoziale Intervention und Nachsorge der von Notfällen betroffenen Personen (mit-)arbeiten und grundsätzlich zur Weiterentwicklung der Einsatznachsorge beitragen wollen.

Dazu zählen:

- Personen und Organisationen in Ausbildung, Forschung und Praxis, die sowohl theoretisch oder methodisch bereits einen Beitrag zur Prävention und Nachsorge von Einsatzkräften leisten als auch leisten wollen/können/sollten;
- Erfahrene in der psychosozialen und (sozial-)psychiatrischen Regelversorgung und Krisenintervention, die als Glied in der Versorgungskette auftauchen können;
- Vertreter ausgewählter Berufsgruppen (Wissenschaftler, psychosoziale Praktiker aus psychosozialen Krisendiensten, Krisenstationen, Traumazentren oder traumatherapeutischen Praxen), die ihre Expertise in die PSNV in absehbarer Zukunft einzubringen beabsichtigen.

Diese Personen haben nicht zwingend Feldkompetenz. Sie sind nicht zwingend in Einsatzstrukturen eingebunden. Ihr angebotener Beitrag bzw. ihre Vorstellungen zur Kooperation könnten von den Feuerwehren, Hilfsorganisationen und THW im Austausch kritisch geprüft und Formen der Zusammenarbeit bzw. eindeutig zu trennender Zuständigkeiten (inhaltlich, strukturell) langfristig verbindlich geklärt werden.

Die erstgenannten Expertengruppen 1–3 bilden zusammen mit der 4. Gruppe das sogenannte Kompetenznetzwerk. Unabhängig davon, ob die verschiedenen Experten(gruppen) strukturell eingebunden werden oder „nur“ im Kompetenznetzwerk ihre Stärken und Anregungen zur Weiterentwicklung einbringen, müsste auch

gefragt werden, für welche Aufgabenschwerpunkte (Betreuung, Behandlung, Koordinierung oder Planung) sowie für welche Phase im Prozess der Konfrontation mit belastenden Einsätzen sie qualifizierte Ansprechpartner sind (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) (s. 3.3.5).

Ihre Zuständigkeit und evtl. Einbindung in Einsatz- und Nachsorgestrukturen müssten im Rahmen der PSNV für Einsatzkräfte koordiniert und formal (und rechtlich) geregelt werden (s. 3.6).

3.5 Vernetzungsvorstellungen

3.5.1 Netzwerkbilder als implizite Ziele eines Vernetzungsauftrages

Der Auftrag des Projektes „Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“ legt, wie der Projekttitle bereits deutlich macht, die detaillierte Auseinandersetzung mit Formen der Vernetzung nahe. Der dem Netzwerk-Projekt laut Auftrag zugrundeliegende Netzwerk-Begriff ist insoweit expliziert, als dass es sich um ein „dynamisches“ und „nicht hierarchisches“ Netzwerk handelt. Darüber hinaus ist die Bestimmung des Netzwerkes offen gehalten, da es gerade Projektaufgabe ist, Standards für ein solches zu erarbeiten.

„Netzwerk“ steht an dieser Stelle für eine bestimmte Art der Verbindung von Personen oder anderen Elementen. Keupp (1988) bemerkt zum Begriff des Netzwerkes:

„Das Netzwerkkonzept ist von bemerkenswerter Schlichtheit und deshalb auch schnell definiert: Es bezeichnet die Tatsache, dass Menschen mit anderen sozial verknüpft sind, und vermittelt für dieses wenig überraschende Faktum eine bildhafte Darstellungsmöglichkeit.“ (S. 97).

Die Liste der *Wünsche*, die durch Vernetzung in Erfüllung gehen sollen und der *Ziele*, die dadurch erreicht werden sollen, ist lang: Systemoptimierung, Qualitätssicherung, Rationalisierung, Kosteneinsparung, Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz, Synergieeffekte, Vermeidung von Fehl- und Doppelversorgung (van Santen & Seckinger, 2003), Verbindung von Best Practices (Corsten 2001), Hervorbringung neuer Denk- und Handlungsmöglichkeiten (Hessinger, 2001), schneller Informationstransfer (Müller, Wiechmann, Scholl, Bachmann & Habisch, 2002) und Lösung von Problemen, die in Hierarchien nicht zu lösen sind (Keupp, 1988). Hessinger (2001, S. 41) zitiert Granvetters (1973) „Stärke schwacher Bindungen“ die gerade darin liege, „bestehende Kombinationen“ aufzubrechen und Innovationen einzuleiten. Vernetzung sei geradezu ein „ständig gemurmelt Mantra im Rahmen fortschrittlicher kommunikativer sozialer Arbeit“ (Hinte, 1997, zit. nach van Santen, Seckinger, 2003, S. 21).

Vernetzungswünsche scheinen vor allem aus der Not geboren zu werden: Reiß (2001) beschreibt aus unternehmerischer Perspektive einen „Vernetzungsdruck“, der durchaus auch auf die Systeme der PSNV übertragbar erscheint:

„Einzelnen Unternehmen fehlen immer häufiger Kapazitäten und/oder Kompetenzen, um bestimmte, komplexe Geschäfte meistern zu können. Auch zur Beseitigung der Diskrepanz zwischen dem vorhandenen engen Kompetenzspektrum (Spezialisierung im Gefolge der Konzentration auf Kernkompetenzen) einerseits und dem vom Kunden erwarteten breiten Leistungsspektrum (komplette Problemlösungen), andererseits bietet sich die organisatorische Vernetzung an.“ (S. 123f)

Weitgehend ausgeblendet bleiben unangenehme *Nebenwirkungen* und *negative Konnotationen* von Vernetzung: Enge und Nicht-Entrinnen-Können (Herzinger, 2000), Filz, Seilschaften und Mafia (Corsten, 2001), Netzwerkarbeit und nicht zu entsorgender Sozialtrödel längst überlebter Idyllen (Beerlage & Grumm, 1985). Netzwerke bedürfen der (humanen, zeitlichen und auch materiellen) Investitionen (Lobnig, 2000); um von ihnen zu profitieren, bedarf es der Herausbildung von Netzwerkkompetenzen (Keupp, 1997; Reiß, 2001; Corsten 2001). Netze sind dynamisch – sie sind schwer zu steuernden Wandlungsprozessen unterworfen (Stark, 1996; van Santen & Seckinger, 2003) und sie existieren „nur, solange die Beteiligten etwas lernen können und beitragen wollen“ (Lobnig, 2000).

Damit ist das Spannungsverhältnis zwischen Uneigennützigkeit und Eigennutz im Rahmen von Vernetzung angesprochen: Vernetzung soll vor allem das Problem der Konkurrenz aufheben. Es wird dabei jedoch ausgeblendet, dass es „unter Kooperationspartnern zu Konkurrenz, aber auch zwischen Konkurrenten zu einer Kooperation kommen (kann)“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 398). „Weltanschauliche Referenzpunkte“, „Eigenlogik und Binnenzentrierung“ (ebd., S. 404) seien zwar Kooperationsbarrieren, zugleich liegen jedoch gerade Eigennutz und Engagement in Bereichen mit hohem persönlichen Commitment und Entwicklungspotenzial nahe beieinander (*Bürgerschaftliches Engagement* s. Roth, 1994; Keupp, 1997; *Empowermentprozessen* s. etwa Stark, 1996; Wendt, 1996; Lenz & Stark, 2002).

Was verschiedene Personen allerdings konkret unter Vernetzung verstehen und welcher *Gestalt* die erwähnte „Verknüpfung“ sein soll, kann durchaus sehr verschieden sein (Sydow, 1992). So wird in der Dokumentation des Workshops „Stress im Katastrophenschutz“ an der AKNZ im Jahr 2000 festgestellt:

„Mehrere Male klang der Begriff ‚Netzwerk‘ an, sodass die Schaffung eines Netzwerkes der Akutversorgung, Nachsorge, Krisenintervention und Notfallseelsorge sinnvoll und hilfreich erschien...“ (vgl. BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002, S. 12).

An späterer Stelle (ebd.) wurde „die Zielsetzung ‚Schaffung eines Netzwerkes‘“ neu formuliert:

„Schaffung eines Netzwerkes zur psycho-sozialen Notfallversorgung (u.a. Notfallpsychologie, Seelsorge und Einsatznachsorge)“ (S. 15).

Die Elemente des Netzwerkes werden an dieser Stelle genannt, es werden jedoch keine Informationen darüber gegeben, was zwischen diesen Elementen im Sinne einer Vernetzung geschehen soll.

Es erschien daher im Projektverlauf sinnvoll, bestehende theoretische und praktische Vorstellungen von Vernetzung im Kontext der PSNV dahingehend zu untersuchen, welche Aussagen über die Art der Vernetzung getroffen werden. Es sollten prototypisch „Metaphern“ und „Bilder“ von Vernetzung herangezogen werden, welche die Vorstellungen der Beteiligten präg(t)en. Die zugrundeliegende Fragestellung war, welche Vorstellungen in diesem Kontext von Vernetzung bei einzelnen Personen vorhanden waren. Insbesondere interessierten dabei folgende Teilaspekte der Bilder von Vernetzung:

- Wer oder was wird in der jeweiligen Netzwerk-Vorstellung miteinander verbunden? (*Elemente*);
- Welche Personen oder Organisationen profitieren von dem Netzwerk, wer kann einen Nutzen daraus ziehen? (*Nutzer*);
- Was geschieht zwischen den Elementen des Netzwerkes? Was wird auf welche Art im jeweiligen Netzwerk transferiert? (*Prozesse*);
- Was sind die Ergebnisse der Vernetzung? Was soll durch die Vernetzung erreicht werden? (*Effekte*).

3.5.2 Vorgehen, Methodik

Als Basis der folgenden Darstellung diene die bereits erwähnte Dokumentation des Workshops „Stress im Katastrophenschutz“ (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002). Die Dokumentation stellt nur einen Ausschnitt der Fachdiskussion zur PSNV dar, der jedoch insofern für das Netzwerk-Projekt hoch relevant ist, als aus ihr der Auftrag zur Ausschreibung eines Forschungsprojektes mit dem Ziel der „Entwicklung von Standards und Leitlinien“ hervorging.

Dort formulierte Netzwerkvorstellungen können als „*implizite*“ *Zielvorstellungen des Projektes*“ verstanden werden. Ihre Uneinheitlichkeit wird auch eine Herausforderung für die Formulierung von Empfehlungen sein.

Das Vorgehen orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse (s. Mayring, 1983), bzw. qualitativen Dokumentenanalysen (s. Ballstaedt & Mandl, 1982). Im Textmaterial wurden zunächst autoren-, bzw. sprecherbezogen sämtliche Sinneinheiten markiert, die sich (einerseits explizit unter Verwendung der Begriffe „Netz“, „Vernetzung“ oder „Netzwerk“, aber auch implizit durch die Darstellung von Verbindungen zwischen verschiedenen Elementen im Bereich der PSNV) direkt oder in sehr engem Zusammenhang auf Vernetzung bezogen.

Für jede Auswertungseinheit wurden daraufhin nach den oben dargestellten Teilaspekten die Elemente, Nutzer, Prozesse und Effekte identifiziert. Autoren- und metaphernbezogen (sofern sich ein Autor auf mehrere, klar voneinander abgrenzbare Netzwerk-Vorstellungen bezog) wurden im nächsten Schritt die Aussagen zu diesen Teilaspekten über die Sinneinheiten hinweg verdichtet. Als Zwischenergebnis nach diesem Schritt lagen nun autoren- und bildbezogene Auswertungen vor, die Antworten auf die vier dargestellten Grundfragestellungen lieferten. Es wurden (unter Ausschluss nicht zuzuordnender Sinneinheiten) insgesamt 20 Konzepte gefunden.

Nach erneuter inhaltlicher Auswertung wurden nun Bilder verschiedener Autoren, die eine hohe konzeptionelle und inhaltliche Ähnlichkeit aufwiesen, zu gemeinsamen Konzeptbereichen zusammengefasst. Aus diesen Konzeptbereichen erfolgte eine Auswahl von fünf prototypischen Vernetzungsmodellen, wobei eines noch einmal in zwei differenzierte Vorstellungen unterteilt werden kann. Zu diesen Modellen wurde, falls er sich nicht direkt aus dem Textmaterial ergab, ein beschreibender, von anderen Modellen abgrenzender Name und eine Visualisierung entwickelt.

3.5.3 Ergebnisse: Bilder von Vernetzung

Es werden im Folgenden zunächst die fünf ausgewählten Modelle beschrieben.

3.5.3.1 Datenbank

In der Datenbank werden auf *Elemente*-Ebene „PSNV-Anbieter“ und „PSNV-Akteure“ miteinander verbunden (s. Dombrowsky, 2002). *Nutzer* der Datenbank sind die dort verzeichneten bzw. registrierten PSNV-Anbieter (verbundene Elemente) selbst, aber auch weitere betroffene oder interessierte Personen. Die dort stattfindenden Prozesse sind im wesentlichen das Zur-Verfügung-Stellen und

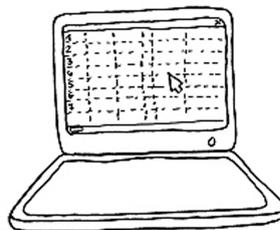


Abbildung 8: Das Bild „Datenbank“

der Abruf von detaillierten, standardisierten Informationen (z.B. hinsichtlich des Leistungsangebotes und der Bedingungen der Leistungserfüllung) über die jeweiligen Elemente. Als *Effekte* dieses Vernetzungs-Modells ergeben sich ein Nachschlagewerk für interessierte Personen im Sinne eines „Branchenverzeichnis-

nisses“ sowie ein Alarmierungsinstrument im akuten Bedarfsfall. Über die Datenbank sollen Transparenz und Vergleichbarkeit der PSNV-Angebote auf unterschiedlichen Dimensionen hergestellt werden. Auf Grundlage dieses Vergleiches soll sich eine qualitative Bewertung durch die Nutzer ergeben (Abbildung 8).

3.5.3.2 Plattform

Das Plattform-Modell beschreibt eine „unabhängige, neutrale, keiner organisatorischen oder inhaltlichen Ausrichtung anhängende, nicht kommerzielle Plattform“ (Dombrowsky, 2002, S. 23), auf der als *Elemente* alle zur Teilnahme bereiten Initiativen verbunden werden. Diese Teilnehmer sind wiederum auch *Nutzer* der Plattform. Auf *Prozess-Ebene* findet eine gegenseitige Darstellung, sowie Kommunikation und der kollegiale Austausch von Wissen statt. Dadurch soll im Sinne einer Ko-Evolution ein Lernen von- und übereinander stattfinden, sowie die Aneignung und Nutzung anderer Konzepte und die Integration in eigene Konzepte, ohne dass sich die Netzwerk-Elemente dabei strukturell miteinander verbinden (müssen).

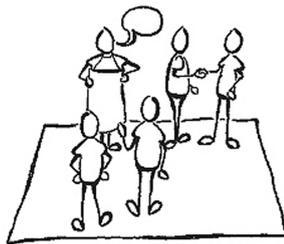


Abbildung 9: Das Bild „Plattform“

Die Modelle „Datenbank“ und „Plattform“ sind sowohl über inhaltliche Nähe, als auch über gegenseitige Integrierbarkeit eng miteinander verbunden.

3.5.3.3 Koordinierungs- oder Zentralstelle

Unter dem Begriff der Koordinierungs- oder Zentralstelle werden zwei Netzwerk-Vorstellungen zusammengefasst, die inhaltlich über den gemeinsamen Aspekt der zentralen Koordinierung in einer eigens dafür eingerichteten Stelle verbunden sind, sich allerdings in einigen Punkten deutlich unterscheiden:

- die *Kontinuierliche Zentralstelle* im Sinne einer dauerhaften Einrichtung und
- die *Koordinierungsstelle im Akutfall* als im Schadensfall einzurichtende Stelle.

Um einer differenzierte Sicht auf die beiden Modelle Rechnung zu tragen, werden sie deshalb zunächst getrennt voneinander dargestellt. Die Namensgebung der Modelle unterscheidet sich von der ursprünglichen Namensgebung durch die

jeweiligen Autoren, um die strukturelle Unterschiedlichkeit der beiden Vorstellungen verdeutlichen zu können.

3.5.3.3.1 Kontinuierliche Zentralstelle

Das Bild der kontinuierlichen Zentralstelle knüpft an bestehende Koordinierungs- oder Zentralstellen der Länder, z.B. in Rheinland-Pfalz (vgl. Schüssler, 2002) an. Obwohl auch für diese Einrichtungen der Name „Koordinierungsstelle“ verwendet wird, wurde aufgrund der besseren Unterscheidbarkeit zur „Koordinierungsstelle im Akutfall“ eine abweichende Namensgebung vorgenommen.

In der Zentralstelle werden als *Elemente* PSNV-Anbieter und in der psychologischen Einsatznachbereitung tätige Fachleute miteinander, aber auch mit den Organisationen der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr und deren Strukturen verbunden. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich die untersuchten Elemente nicht immer auf einer strukturellen Ebene befinden. So können beispielsweise Personen miteinander (gleiche Ebene), aber auch – abstrakter – Personen mit Organisationen oder Organisationen mit Strukturen oder „Wissen“ verknüpft werden (unterschiedliche Ebenen). Weiterhin werden als Elemente Wissenschaftler, bzw. wissenschaftliche Ergebnisse, sowie Kirchen, Verbände und deren Vertreter mit einbezogen. Ein Element, das von der Art der Verknüpfung her eine Sonderstellung einnimmt, sind Aufgabenträger ohne eigenes Hilfsangebot (s. Prozesse).

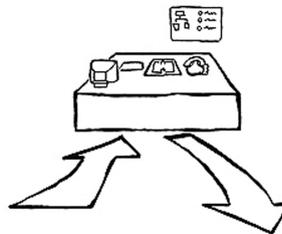


Abbildung 10: Das Bild „Kontinuierliche Zentralstelle“

Die *Nutzer* eines solchen Netzes sind die PSNV-Anbieter selbst, die bestehenden Organisationen der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr (im Sinne einer Anpassung neuer Angebote an ihre Strukturen), die Aufgabenträger ohne eigenes Hilfsangebot sowie, auf anderer Ebene, die Auftraggeber und Träger der Zentralstelle.

Es werden mehrere *Prozesse* im Rahmen der kontinuierlichen Zentralstelle beschrieben. Transfer-Prozesse kommen bereits bei Konzeption der Stelle vor, die unter Einbeziehung der beteiligten Personen und Organisationen gemeinsam erarbeitet wird. Im Rahmen eines „Forums“ soll dann die gegenseitige Vorstellung von Konzepten und Lösungsansätzen der PSNV-Anbieter stattfinden. In diesem Forum besteht das Angebot einer wissenschaftlichen Begleitung der PSNV-Angebote (insofern unterscheidet sich dieser Aspekt des Modells von der bereits dargestellten *Plattform*, in der ein ähnlicher Austausch, aber keine weitere Be-

gleitung durch „Externe“ stattfindet). Darüber hinaus findet eine Vereinbarung gemeinsamer Standards statt.

Weiterhin leistet die Zentralstelle Beratung beim Aufbau von Hilfsangeboten für Einsatzkräfte, sowie die Vermittlung von weiterführenden Hilfsangeboten, jeweils für Aufgabenträger ohne eigene bestehende PSNV-Angebote (in diesem Sinne nimmt diese Elemente-Seite wie o.a. eine andere Stellung ein als die sonstigen Elemente, da es an dieser Stelle auf Prozess-Ebene weniger um einen gegenseitigen Austausch, als vielmehr um die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten geht).

Ein erster *Effekt*, der durch diese Art der Vernetzung erreicht werden soll, ist die Einbindung der PSNV in die Strukturen der (nicht-polizeilichen) Gefahrenabwehr. Durch das Netz entsteht über Beratung und wissenschaftliche Begleitung die (begrenzte) Möglichkeit, steuernd auf die bestehenden und sich entwickelnden Hilfsangebote einzugreifen. Dies ist, gemeinsam mit der Einhaltung vereinbarter Standards, eng mit dem erwarteten Effekt der Qualitätssicherung verbunden. Es entstehen weiterhin Angebote in Bereichen, in denen noch keine Hilfen vorgehalten werden. Letztendlich soll durch die stattfindenden Prozesse auch eine Akzeptanz der Stelle durch die beteiligten Elemente erreicht werden.

3.5.3.3.2 Koordinierungsstelle im Akutfall

Das Bild der Koordinierungsstelle im Akutfall ist verbunden mit dem „Modell Eschede“; dort wurde erstmals eine solche Koordinierungsstelle betrieben (s. Helmerichs, 2002). Die Koordinierungsstelle verbindet als *Elemente* alle im Akutfall und längerfristig darüber hinaus vor Ort involvierten Personen, bzw. Organisationen der psychosozialen Notfall- und Regelversorgung und der Gefahrenabwehr (mit ihren relevanten Kompetenzen und Leistungen). Die Verbindung der Elemente findet auf zahlreichen Ebenen statt: So werden unter anderem persönliche, organisationsbezogene, fachliche (im Sinne einer Verknüpfung von Leistungen), strukturelle, kompetenz- und erfahrungsbezogene Verknüpfungselemente beschrieben.

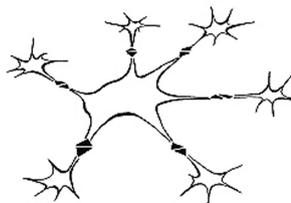


Abbildung 11: Das Bild „Koordinierungsstelle im Akutfall“

Die *Nutzer* eines solchen Netzes sind zum einen die an der Koordinierungsstelle beteiligten PSNV-Anbieter, bzw. Anbieter der psychosozialen Regelversorgung. Darüber hinaus können direkt betroffene, hilfesuschende Einsatzkräfte, aber auch

im weiteren Sinne betroffene oder interessierte Personen und die Öffentlichkeit bzw. die Presse als Nutzer des Netzes auftreten. Nicht zuletzt sind auch die für die Einrichtung der PSNV im Akutfall zuständigen Stellen, Personen oder Organisationen Nutzer der Koordinierungsstelle.

Die stattfindenden *Prozesse* sind entsprechend der Vielzahl der miteinander verbundenen Elemente vielfältig. Sie sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt und beschreiben einen Transfer zwischen verschiedenen Elementen-Gruppen innerhalb des Netzwerkes und darüber hinaus (als Vernetzung von Netzen, s.u.).

Zunächst besteht eine gemeinsame Trägerschaft der Koordinierungsstelle im Sinne einer organisationsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Organisationen. Dies schließt die gegenseitige Verpflichtung zur Kooperation, die Klärung von grundsätzlichen Fragen der Zusammenarbeit und die Festlegung gemeinsamer Methoden und Standards ein. Über die Koordinierungsstelle findet eine Kontaktaufnahme, Kommunikation und ein Wissenstransfer zwischen den vor Ort beteiligten Organisationen und Helfern statt. Weiterhin sorgt die Koordinierungsstelle für eine Information über Erreichbarkeiten und Ansprechpartner: einerseits zwischen den Organisationen, andererseits aber auch zwischen der Koordinierungsstelle selbst und der (betroffenen) Öffentlichkeit.

Ein weiteres Angebot innerhalb dieses Netzwerk-Modells ist die Koordination und Organisation sämtlicher Einsätze der als Elemente verbundenen Anbieter psychosozialer Leistungen, sowie die fallbezogene Vermittlung weiterführender Hilfen für betroffene Einsatzkräfte. Es findet also eine koordinierte Zusammenführung von Einsatzkräften/Helfern und anbietenden Organisationen und damit letztendlich ein Transfer von Hilfen und Hilfsangeboten statt.

Das Einholen der für die PSNV relevanten Informationen sowie die Weitergabe an die betreffenden Elemente des Netzes bildet einen weiteren Prozess innerhalb der Koordinierungsstelle.

Über die Person des Leiters/der Leiterin der Koordinierungsstelle bzw. des Koordinators/der Koordinatorin werden weitere Prozesse geleitet, in den die Koordinierungsstelle selbst als Element eines weiteren Netzes verstanden werden kann, weniger als Netzwerk. So kann vor diesem Verständnis ein Netzwerk also auch gleichzeitig Element eines weiteren, übergeordneten Netzes sein. Der Blick richtet sich in diesem Falle nicht mehr auf die Vernetzungsprozesse innerhalb des kleineren Netzwerkes, sondern auf die Prozesse, in die es als nach außen abgeschlossenes Element eines anderen Netzes eingebunden ist. So hält beispielsweise die koordinierende Person Kontakt zur Einsatzleitung und bindet die Koordinationsstelle in die Strukturen des Gesamteinsatzes ein. An dieser Stelle wird die Koordinierungsstelle als Ganzes, vertreten durch eine Person, mit „externen“ Elementen verknüpft, ohne dass eine Verknüpfung der in der Koordinierungsstelle organisierten Personen und Organisationen mit diesen Elementen stattfinden muss. Es findet eine Zusammenarbeit mit Einsatzleitungen und verantwortlichen Behörden statt, was die Kontaktaufnahme, sowie Absprachen und Regelungen mit den entsprechenden Einrichtungen einschließt.

Die koordinierende bzw. leitende Person verbindet darüber hinaus als möglichst erfahrener Experte verschiedene in der Koordination benötigte Kompetenzen und Erfahrungen: Zum einen werden sie untereinander verknüpft, zum anderen aber auch mit der Koordinierungsstelle und den beteiligten Elementen; es findet also ein Kompetenz- und Wissenstransfer statt.

Schließlich findet über eine Fachgruppe der Austausch von Einsatzerfahrungen in Sinne einer Nachbereitung und die Organisation einer weiteren Zusammenarbeit statt.

Ein *Effekt* des beschriebenen Netzwerk-Modells ist die rechtzeitig einsetzende PSNV durch die Möglichkeit der Aktivierung einer vorgeplanten Koordinierungsstelle im Bedarfsfall. Darüber wird als weiterer Effekt die Abwicklung der kompletten qualifizierten PSNV ermöglicht. Ferner ermöglicht dieses Netz, unterstützt durch die Herstellung einer gemeinsamen methodischen Basis für die Zusammenarbeit, den Einsatz unterschiedlicher Organisationen der PSNV. Die Koordinierungsstelle sorgt für den geordneten Einsatz der bereitstehenden Kräfte sowie einen bedarfsgerechten und effizienten Einsatz von Ressourcen. Es entsteht ein differenziertes Versorgungsnetzwissen, das eine abgestimmte, qualifizierte Einzelfallhilfe für belastete Einsatzkräfte im Sinne eines Case-Managements ermöglicht. Darüber hinaus ergibt sich ein Lerneffekt für die beteiligten Organisationen und Personen. Die Koordinierungsstelle wird durch ihre Prozesse in die Strukturen des Gesamteinsatzes eingebunden, langfristig kann eine Einbindung der Einsatznachsorge in die Katastrophenschutzpläne oder den Einsatzalltag erfolgen. Die Kontinuität der Arbeit innerhalb der Koordinierungsstelle wird sicher gestellt und es kommt zu einer Verlässlichkeit für alle im Rahmen der Koordinierungsstelle in der PSNV aktiven Organisationen.

3.5.3.3.3 Vergleichende Betrachtung der kontinuierlichen Zentralstelle und der Koordinierungsstelle im Akutfall

Wie o.a. sind die beiden Vernetzungs-Vorstellungen über die Einrichtung einer zentralen, für die PSNV zuständigen Stelle inhaltlich verwandt. Auch begrifflich ist in den Äußerungen beider Autoren von einer „Koordinierungsstelle“ die Rede. Bei Betrachtung der Elemente, Nutzer, Prozesse und Effekte der beiden Netzwerk-Vorstellungen ergeben sich allerdings Unterschiede, wie auch beim Blick auf ihre strukturellen Eigenschaften.

Die kontinuierliche Zentralstelle nimmt ihre Funktionen auch unabhängig von einem konkreten Ereignis, das eine PSNV erfordert, wahr. Die Koordinierungsstelle hingegen besteht als zu alarmierende Struktur zwar idealer Weise schon im Vorfeld eines solchen Ereignisses (und kann durchaus langfristig darüber hinaus bestehen), nimmt aber erst im Akutfall ihre eigentliche Arbeit auf. Es besteht also bei beiden Modellen eine durchgeplante Struktur für einen möglichen Einsatzfall, allerdings nur bei der kontinuierlichen Zentralstelle wird diese Struktur ergänzt durch eine Funktionsstruktur für den Normalfall. Die kontinuierliche Zentralstelle hat ein eher weiträumiges Einzugsgebiet, das i.d.R. durch administrative oder

rechtliche Grenzen (z.B. Ländergrenzen) umschrieben ist. Die Akut-Koordinierungsstelle hingegen ist i.d.R. zunächst auf ein regional enger begrenztes Gebiet beschränkt, das sich aus den Erfordernissen der jeweiligen Schadenslage ableitet. Ihr Zuständigkeitsbereich kann sich aber, je nach der regionalen Verteilung der Betroffenen/Beteiligten, insb. langfristig auf ein Gebiet beziehen, das weit über das eigentliche Schadensgebiet hinausgeht.

3.5.3.4 Verein, Vereinigung

Die Netzwerk-Vorstellung des Vereins, bzw. der Vereinigung ließ sich mit hoher inhaltlicher Übereinstimmung bei mehreren Autoren finden. Typische Beispiele für dieses Vernetzungsbild im Rahmen der PSNV sind die SbE e.V. – Bundesvereinigung (s. Gengenbach, 2002), die Zusammenschlüsse der Seelsorge (s. Gusek, 2002) oder (Einheiten der) Hilfsorganisationen (z.B. CISD-Teams des Malteser Hilfsdienstes, Müller, 2002). Auch die Fachverbände sind selbstverständlich dazu zu zählen (z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung für Einsatzkräfte; Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, e.V. (DeGPT); BDP – Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; EMDRIA – Fachverband für Anwender der psychotherapeutischen Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR); TraumaNetzwerk des MHD).



Abbildung 12: Das Bild „Verein/Vereinigung“

Auf der Ebene der *Elemente* zeigt sich in beiden Modellen eine „interne“ Vernetzung zwischen Personen innerhalb der Vereinigung, aber auch eine „externe“ Verbindung, in der das Netz selbst (wie oben beschrieben) als Element eines weiteren Netzes betrachtet wird. Intern werden Fachpersonen der psychosozialen Versorgung (wie Psychiater, Psychologen, Therapeuten, Ärzte, Notfallseelsorger, Pädagogen, geschulte Peers) und Einsatzkräfte miteinander verbunden. Extern wird die Vereinigung mit weiteren Elementen verknüpft, wie mit Einrichtungen und Systemen mit ähnlicher Zielsetzung und Aufgabenstellung, Praktikern im Bereich der Notfall- und Einsatznachsorge sowie Traumatherapie oder (evaluierenden) Wissenschaftlern.

Die *Nutzer* dieser Art von Netzwerk sind zunächst die Mitglieder des Netzwerkes selbst. Welcher Art dieser Nutzen ist, hängt von der Zielstellung der jeweiligen Organisation ab, jedoch dürften Austausch und gegenseitige Unterstützung bei fast allen Organisationen, die sich eines solchen Netzwerk-Bildes bedienen, vorkommen. Über die „externen“ Verknüpfungen können darüber hinaus betroffene Einsatzkräfte und wissenschaftliche Institutionen Nutzen aus der Vereinigung ziehen.

Die *Prozesse* innerhalb des Netzwerkes sind für Außenstehende nicht direkt beobachtbar, sie richten sich nach den Vorschriften und Satzungen der Vereine und Vereinigungen. Nach außen findet eine Vermittlung von Kontakten in das eigene System statt, es werden im Sinne einer Zusammenarbeit Verbindungen hergestellt. Ferner erfolgt über eine Weitergabe ein Transfer von Einsatzerfahrungen, Wissen oder Ausbildungsunterlagen.

Die intern erzielten *Effekte* sind wie schon die entsprechenden Prozesse von außen nicht in jedem Falle sichtbar, i.d.R. kommt es jedoch zu einem Lernen durch Fachaustausch, Qualifizierung und verstärktem Zusammenhalt sowie Stärkung des weltanschaulichen und fachlichen Referenzsystems. Extern ergeben sich Hilfen für betroffene Einsatzkräfte, der Einsatz standardisierter Methoden im Ereignisfall und die Evaluation bestimmter methodischer Vorgehensweisen.

3.5.3.5 Vermittlungsstelle

Auch das Bild der Vermittlungsstelle kam bei verschiedenen Autoren (s. Herweg, 2002, Martens & Schallhorn, 2002) vor. Als zentrales *Element* werden hier betroffene Einsatzkräfte genannt, die mit einem breiten Spektrum an Hilfsangeboten (internen Mitarbeiterbetreuern, Beratungsstellen, Ärzten, Psychotherapeuten...) als weitere Elemente verknüpft werden.

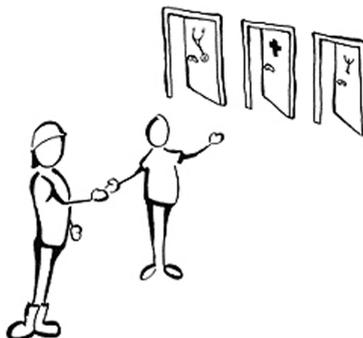


Abbildung 13: Das Bild „Vermittlungsstelle“

Der *Prozess* innerhalb der Vermittlungsstelle ist die qualifizierte Weitervermittlung von betroffenen Einsatzkräften an entsprechende Personen oder Einrichtungen der psychosozialen Notfall- oder Regelversorgung.

Der dadurch erzielte *Effekt* ist eine qualifizierte, fallbezogene und bedürfnisorientierte weiterführende Begleitung von belasteten Einsatzkräften.

Die in der Dokumentation erkennbaren Bilder stellen vermutlich nur einen Ausschnitt aus einer größeren Menge von Vernetzungs-Metaphern dar. So finden sich auch in anderen Veröffentlichungen Hinweise auf Vernetzung im Rahmen der PSNV. So benutzt beispielsweise Lucas (2001) die Metapher der „psychologischen Rettungskette“, die im Folgenden exemplarisch dargestellt ist.

3.5.3.6 Psychologische Rettungskette

Im Netzwerk-Bild der psychologischen Rettungskette werden als *Elemente* unterschiedliche Einsatzgruppen der Notfallpsychologie („kollegiale Ansprechpartner“, Führungskräfte, „psychische Laienhelfer“, „psychologische Einsatzleitung“, Trauma-Therapeuten, Notfallpsychologen), Einsatzverantwortliche (LNA, Katastrophenstab) sowie einzelne Methoden („psychologische Notfallzirkel“, Beratung, Supervision) und Maßnahmen miteinander verknüpft (s. Lucas, 2001).

Die *Nutzer* der psychologischen Rettungskette werden nicht explizit bestimmt.

Zentraler *Prozess* im Rahmen der psychologischen Rettungskette ist zunächst die in Teilschritte geordnete (diachrone) Abstimmung von Maßnahmen und Tätigkeiten. Darüber hinaus kommt es zu einer Vermittlung von PTSD-Patienten. Gegenüber „psychischen Ersthelfern“ bzw. „Laien“ (ebd.) kommt es darüber hinaus zu einem „Aufzeigen von Grenzen“ und dem „Vorschreiben von Angeboten der Entlastung“ (ebd.). Über die Person des psychologischen Einsatzleiters findet zudem eine einsatzbezogene Abstimmung statt.

Die *Effekte* dieser Art der Vernetzung werden als Herstellung der Grundlage der Wirkung aller erbrachten PSNV-Leistungen im Sinne eines integrativen Vorgehens beschrieben.

3.6 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Bestimmungen für die Einsatzdienste der Feuerwehr, der Rettungsdienste und des THW unterscheiden sich einerseits deutlich, was in erster Linie in unterschiedlichen Aufgaben innerhalb des Zivil- und Katastrophenschutzes, aber auch in verschiedenen Formen der Organisation begründet ist (vorrangig hauptberufliche Beschäftigung wie z.B. Rettungsdienst, überwiegend ehrenamtliche Tätigkeit wie z.B. THW). Andererseits finden sich insbesondere für die Abwicklung von Einsätzen, die Zugehörigkeit zu Führungsstrukturen sowie für den hauptberuflichen Sektor der Feuerwehr und des Rettungsdienstes gemeinsame Berührungspunkte und vergleichbare Gesetze (z.B. Dienstvorschrift 100 „Führen und Leiten im Einsatz (DV 100), Arbeitsschutz, Tarifwerke). Anbieter einer nach bundeseinheitlichen Standards entwickelten PSNV für Einsatzkräfte agieren im Einflussbereich von Bestimmungen, die bereits für die Einsatzorgani-

sationen Gültigkeit haben und sind darüber hinaus an weitere Regelungen und Vorschriften gebunden (z.B. Berufs- und Standesrecht bei therapeutischen Berufsgruppen).

Im Rahmen des Netzwerk-Projekts wurde versucht, relevante rechtliche Rahmenbedingungen für die PSNV zu systematisieren. Zunächst wurden dazu Recherchen in juristischen Datenbanken durchgeführt. Berücksichtigt wurden Bundes- und Landesgesetze (der Modellländer). Dabei wurde z.T. ein erheblicher Klärungsbedarf durch gesetzgebende Institutionen deutlich. Die Ergebnisse der Recherche wurden während der Projektlaufzeit laufend ergänzt. Zwischenergebnisse der Recherchen sind auf verschiedenen Arbeitskreistreffen vorgestellt worden. Aus den Arbeitskreisen heraus wurden bereits zahlreiche Anmerkungen gemacht, die zu einer Vervollständigung der Rechercheergebnisse beitrugen und insbesondere berufsrechtliche Unklarheiten auszuräumen halfen. Auch aus diesem Rücklauf konnten zahlreiche Ergänzungen vorgenommen werden. Der Schwerpunkt wird im Folgenden auf den rechtlichen Bestimmungen zur Zuständigkeit und zu Verpflichtungen unterschiedlicher Institutionen bezogen auf die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Rahmen der PSNV liegen. Darüber hinaus werden rechtliche Rahmenbedingungen zur Durchführung und Beauftragung der PSNV, zu Rechten und Pflichten bestimmter Personen im Rahmen der PSNV sowie zur Öffentlichkeitsarbeit vorgestellt und diskutiert.

3.6.1 Zuständigkeiten, Pflichten, Verantwortung

3.6.1.1 Primärprävention

Arbeitgeber: Für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten (§ 21 SGB VII) und Maßnahmen, die die Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen (§ 3 Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG), ist der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht (vgl. u.a. §§ 242, 611, 618 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Schmidt, 2004) zuständig. Er hat eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben (§ 3 ArbSchG). Bezogen auf die psychosoziale Unterstützung in Hilfsorganisationen fordert beispielsweise der DRK-Landesverband Baden-Württemberg (2002) in einer „Rahmenempfehlung Psychosoziale Unterstützung von Einsatzkräften“ die Kreisverbände auf:

„Im Rahmen der Fürsorgepflicht für jeden ehren-, neben- und hauptamtlichen Mitarbeiter im DRK sowie Zivildienstleistende und im Freiwilligen Sozialen Jahr ist jeder Kreisverband gefordert, mindestens diese Empfehlung innerhalb des eigenen Kreisverbandes umzusetzen“.

Die Tauglichkeitsprüfungen für Mitarbeiter der Feuerwehren, die auch Aspekte der psychischen Belastbarkeit beinhalten, können als weiteres Beispiel für primärpräventive Maßnahmen im Rahmen der Fürsorgepflicht angesehen werden.

Der Arbeitgeber muss die Beschäftigten nach § 12 ArbSchG „ausreichend und angemessen“ über Gesundheitsschutz bei der Arbeit unterweisen. Zu prüfen wäre, inwiefern Primärprävention im Sinne der PSNV, bzw. „Unterweisungen“ über den Umgang mit belastenden Aspekten der Arbeitstätigkeit unter diese Unterweisungspflicht fallen.

Unfallversicherungsträger: Die Unfallversicherungsträger sind nach §§ 1,14 SGB VII verpflichtet, für die Verhütung von Berufskrankheiten⁹ zu sorgen, sowie den Ursachen von Gefahren für die Gesundheit nachzugehen. Die Unfallversicherungsträger können über Unfallverhütungsvorschriften (vgl. § 15 SGB VII) Präventionsmaßnahmen bei den Arbeitgebern, Einsatzorganisationen und -behörden (bezogen auf psychosoziale Aspekte im Sinne einer Primär-, evtl. auch Sekundärprävention denkbar) vorschreiben. Für die konkrete *Durchführung* der Präventionsmaßnahmen sind aber die jeweiligen Arbeitgeber verantwortlich. Teilweise existieren z.B. in Berufsfeuerwehren Einsatznachsorgeteams (ENT) und in Hilfsorganisationen Angebote speziell geschulter Peers, die diese Aufgaben wahrnehmen können (Expertengruppe 1). Die Möglichkeit der Hinzuziehung organisationsexterner PSNV-Anbieter (Expertengruppen 2 und 3) ist z.B. über Amtshilfe denkbar. Sie wird von den Einsatzorganisationen und -behörden zunehmend in Anspruch genommen. Daher fällt das Angebot von Präventionsmaßnahmen nicht in die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger.

Bei der Recherche wurden aber keine Unfallverhütungsvorschriften bekannt, die sich konkret auf psychosoziale Aspekte (Fehlbeanspruchungen und Fehlbeanspruchungsfolgen) der Tätigkeit von Kräften der Rettungsdienste, Feuerwehren oder des THW, bzw. des Zivil- und Katastrophenschutzes beziehen. Den Rückmeldungen aus den Arbeitskreisen zufolge schließt die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers auch Aspekte der psychischen Gesundheit ein. Jedoch liegen insbesondere hinsichtlich potenzieller Prädiktoren psychischer Fehlbeanspruchungsfolgen und Krankheiten, die als Resultat belastender Einsätze oder ungünstiger Arbeitsbedingungen gesehen werden können, aber auch für psychische Belastungsfolgen mit Krankheitswert selbst kaum Daten vor, die es zuließen, schädigende Faktoren vorab zu definieren und z.B. in Unfallverhütungsvorschriften zu integrieren. Im Unterschied zu biologischen, physikalischen und chemischen Noxen, deren Effekte auf den menschlichen Organismus *direkt* nachgewiesen werden können, können für potenzielle Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zahlreiche Wechselwirkungen z.B. mit der aktuellen Belastbarkeit, Vulnerabilität bzw. Widerstandsfähigkeit von Einsatzkräften erwartet werden. Somit erscheint es nach wie vor als schwierig, Ereignisse und entsprechende Schutzmaßnahmen vor psychischen Beeinträchtigungen in Folge dieser Ereignisse zu definieren.

Vergleichbar mit Unfallverhütungsvorschriften bezogen auf körperliche Schädigungen erscheint das Festschreiben der Pflicht zum Schutz der psychischen Gesundheit im Einsatzwesen als sinnvoll. Weiter sollte der Entwicklung und Eva-

⁹ „... solche Krankheiten ..., die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“. (§ 9 SGB VII)

luation primärpräventiver Maßnahmen zur angemessenen Vorbereitung von Einsatzkräften auf potenziell belastende Einsätze eine größere Bedeutung beigemessen werden (z.B. im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung oder als Bestandteil einer erweiterten, regelmäßigen Arbeitsschutzunterweisung, s.o.). In einem auf den Erhalt der Einsatzfähigkeit abzielenden, primärpräventiven Maßnahmenkomplex wären sowohl eine kritische Reflexion der Arbeitsbedingungen von Einsatzkräften auf Seiten der Träger von Einsatzdiensten als auch die gezielte, kriteriengeleitete Veränderung ungünstiger Verhältnisse in der Arbeitsorganisation zu integrieren. Dieser Bereich bekommt eine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass insbesondere Rahmenbedingungen der Arbeit aber auch alltägliche Anforderungen die subjektive Gesundheit von Einsatzkräften beeinflussen (s. 5.3).

Schulungs- und Unterweisungskonzepte für Führungskräfte und Einsatzkräfte hinsichtlich psychosozialer Aspekte im Rahmen der Primärprävention existieren nach Auskunft von Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitskreise, wobei ihre Eignung bisher nicht überprüft wurde. Einer Zusammenführung von Konzepten und Maßnahmen der Primärprävention widmet sich das INQA-Projekt (2004).

3.6.1.2 Sekundärprävention, kurzfristig einsetzende Maßnahmen, Versorgung, Rehabilitation, Tertiärprävention

Für die *Versorgung* und *Rehabilitation* nach eingetretenen Berufskrankheiten bzw. Arbeitsunfällen sind die jeweiligen Unfallversicherungsträger zuständig (vgl. § 1, Abs. 2 SGB VII). Für Zivildienstleistende (z.B. im Rettungsdienst) gilt hier die Zuständigkeit des Bundes nach § 47 ZDG (sog. Zivildienstbeschädigung).

Prävention i.e.S. befindet sich zwar *nicht* im Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherungsträger (s.o.), allerdings werden Maßnahmen der Sekundärprävention (also nach einem Ereignis einsetzend) von diesen als Maßnahme der Rehabilitation, bzw. Akutversorgung indiziert (Drechsel-Schlund, 2003). Seit dem 01.07.2001 ist Psychotherapie eine mögliche Rehabilitationsmaßnahme (vgl. § 26f SGB VII, § 26, Abs. 2 SGB IX; Drechsel-Schlund, 2003). Dabei ist ein möglichst frühzeitiger Zugang zur Heilbehandlung zur Vermeidung psychischer Schäden angestrebt (§ 34 SGB VII); die rasche Einleitung von Maßnahmen hat im Zweifelsfalle Vorrang vor der Kausalitätsklärung; gegenwärtig wurde hier vor allem modellhaft eine Einleitung psychotherapeutischer Frühinterventionen organisiert (Wirthl, 2003).

Bei den (Feuerwehr)Unfallkasse(n) sind für die Durchführung von Maßnahmen im Rahmen der Sekundärprävention neben eigenen, speziell ausgebildeten Mitarbeitern, auch externe Kräfte wie z.B. Notfallseelsorger aber auch Psychotherapeuten zuständig.

Einsatzkräfte, die nach Extrembelastungen im Einsatz eine PTSD entwickelten, wären nach den Behandlungsleitlinien PTSD, die von der Arbeitsgemeinschaft

der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) festgeschrieben wurden, zu behandeln. Nach Auskunft und Rückmeldung aus den projektbegleitenden Arbeitskreisen können qualifizierte Therapeuten auch kurzfristig Behandlungsplätze bereitstellen. Diese können über verschiedene Fachgesellschaften, z.B. die Fachgesellschaft für EMDR, erfragt werden. Therapeutische Maßnahmen wären nach den Richtlinien des Bundesverbandes der Unfallkassen zu vergüten (in den ersten 10 Behandlungsstunden Überaufwendungen als Ausgleich störungsspezifischer Sonderaufwendungen in Höhe der Privatsätze von 92–100 € möglich).

Die PTSD als die am häufigsten thematisierte Folge psychischer Extrembelastungen bei Einsatzkräften, kann aus der Sicht der Arbeitskreismitglieder nach einer Einzelfallprüfung auch als Berufskrankheit anerkannt werden, obwohl sie lediglich als psychoreaktive Störung *nach* Versicherungsfällen eingeordnet wird, also alleinstehend nicht als Versicherungsfall anzuerkennen wäre (Mehrrens, Valentin & Schönberger, 2003).

3.6.2 Durchführung der Leistungen, Beauftragung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Beauftragung zur Durchführung der PSNV für Einsatzkräfte werden für bestimmte Einsatzlagen und Einsatzsituationen beleuchtet. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Beauftragung von PSNV-Anbietern im Rahmen von Routineeinsätzen, von Großschadens- und Katastrophenlagen sowie Einsätzen im Rahmen polizeilicher Lagen. Dabei werden im Schwerpunkt folgende Fragestellungen in Bezug auf die *derzeitige Rechtslage* näher beleuchtet:

1. Ist zur Durchführung von psychosozialer Einsatzbegleitung und -nachsorge ein Auftrag nötig? und
2. Wer wäre im konkreten Fall berechtigt, eine solche Beauftragung zu erteilen?

Unter 6.2.2.1 wird der Aspekt Beauftragung von PSNV-Anbietern auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Interviewauswertung und im Kontext der strukturellen Einbindung der PSNV aufgegriffen und zudem unter 6. bei den Empfehlungen des Netzwerk-Projekts zur strukturellen Einbindung erörtert.

3.6.2.1 „Routineeinsätze“

Unter „Routineeinsätzen“ sind hier Einsätze zu verstehen, die *nicht* in ein größeres Einsatzgeschehen (z.B. Katastrophe, Großschadenslage, MANV) eingebettet sind. Darunter wäre z.B. auch ein rettungsdienstlicher Einsatz zu verstehen, der zwar im Rahmen eines größeren Ereignisses stattfindet aber nicht einer zentralen Einsatzleitung untersteht (z.B. Einsatz des regulären Rettungsdienstes während einer unter polizeilicher Einsatzleitung stehender Versammlung).

Der Arbeitgeber wäre im Rahmen seiner Fürsorgepflicht auch für eine adäquate PSNV seiner Mitarbeiter zuständig; damit würde ihm auch die Beauftragung geeigneter PSNV-Anbieter z.B. innerbetrieblicher Angebote, obliegen (ENTs, Peers). Darüber hinaus könnten auch geeignete PSNV-Anbieter außerhalb der Einsatzorganisation für die Durchführung der PSNV beauftragt werden, wenn sie angemessen schnell verfügbar sind und von den Einsatzkräften akzeptiert werden (s. auch 3.6.1).

Für Routineeinsätze würden demnach organisationsinterne Bestimmungen gelten, die aber im Zusammenhang mit der Fürsorgeverpflichtung des Arbeitgebers für seine Beschäftigten zu sehen wären (s. 3.6.1).

3.6.2.2 Katastrophenlage

Die Gesamtzuständigkeit für die Koordination der eingesetzten Kräfte im Katastrophenfall liegt, je nach landesspezifischen Bestimmungen, z.B. bei der Einsatzleitung (z.B. § 9 Katastrophenschutzgesetz (KatSG) Berlin), bzw. dem Stab der Katastrophenschutzbehörde (z.B. § 11 KatSG Sachsen-Anhalt). Im Katastrophenfall besteht innerhalb eines Stabes i.d.R. eine klare Zuständigkeit für die eingesetzten Kräfte, selten jedoch für psychosoziale Aspekte. Je nach landesspezifischen Regelungen kann die Beratung hinsichtlich des einzusetzenden psychosozialen Fachpersonals beispielsweise einem „Fachberater PSNV“ (FB-PSNV) (vgl. Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz, 2000) übertragen werden. Eine besondere Stellung nimmt in diesem Zusammenhang die nach der „Richtlinie Führung KatS“ des Sächsischen Staatsministeriums des Innern einzurichtende Funktion des Sachgebietes S7 ein: „Es (das Sachgebiet, der Verf.) koordiniert, plant und veranlasst im Auftrag des Behördenleiters die erforderliche seelsorgerliche/notfallpsychologische Hilfe“, was die Zuständigkeit für die *Beauftragung* von PSNV einschließt. Die „Hilfe für seelisch besonders belastete Einsatzkräfte“ ist dort als „Verpflichtung des Trägers einer Einheit gegenüber ihren eingesetzten Kräften“ festgeschrieben. In 7. und 8. sind die Empfehlungen des Netzwerk-Projekt zu Sprachregelungen und zur strukturellen Einbindung der PSNV in die Koordinierung bei Großschadens- und Katastrophen enthalten, 6.2.2.1 stellt ausgehend von den Ergebnissen der Interviewauswertung und der Dokumentenanalysen, Formen der Einbindung der PSNV in die Struktur einer Großschadens- und Katastrophenlage dar.

Die Rechte und Pflichten der Helfer bestehen analog dazu auch in Sachsen-Anhalt gegenüber den jeweiligen *Einrichtungen des Katastrophenschutzes* (§ 14 KatSG Sachsen-Anhalt) und nicht gegenüber beispielsweise der Katastrophenschutzbehörde. Falls auch dort für Einsatzkräfte ein *Anrecht* auf PSNV, bzw. eine Verpflichtung des Trägers besteht (was zu prüfen wäre), wären demnach die jeweiligen Organisationen des Katastrophenschutzes zuständig.

Die Arbeitsgruppe Hochwasser im Land Sachsen-Anhalt (2002) schlägt in Bezug auf Opferbetreuung (*nicht* Einsatzkräftebetreuung) vor, dass

„der Bereich der Opferbetreuung durch die örtlichen Stäbe intensiviert werden (sollte, der Verf.); denn insbesondere dann, wenn Personenschäden zu beklagen sind oder es zu Evakuierungen größeren Ausmaßes kommen sollte, wird diesem Bereich eine größere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein. Dies muss einfließen in Aus- und Fortbildung sowie in die Katastrophenabwehrplanungen der Katastrophenschutzbehörden.“

In den abschließenden Empfehlungen heißt es:

„Die vorhandenen Möglichkeiten zur Opferbetreuung, Notfallseelsorge und Krisenintervention sind auszubauen“ (Arbeitsgruppe Hochwasser im Land Sachsen-Anhalt, 2003).

Es bliebe zu klären, ob diese Forderung analog auch auf den Bereich der Einsatzkräftebetreuung anzuwenden wäre und welche Konsequenzen sich daraus für die Katastrophenschutzbehörden ergäben.

Die Beauftragung von Diensten der PSNV wäre somit entweder die Aufgabe der Einsatzleitungen bzw. Stäbe (also der dort für das jeweilige Sachgebiet zuständigen Personen) oder der zuständigen Personen innerhalb der einzelnen mitwirkenden Organisationen (sofern keine Regelungen bezüglich einer zentralen Koordination und Beauftragung vorhanden sind). Damit ergeben sich drei verschiedene Ebenen, bzw. aus diesen resultierende Schnittstellen:

1. die Ebene der Beauftragung bzw. Koordination;
2. die Ebene der PSNV-Anbieter;
3. die Ebene der Nutzer.

Die Zahl der Ebenen könnte, je nach Regelung oder konkretem Einzelfall, reduziert sein, wenn beispielsweise Nutzung und Beauftragung/Koordination in einer Hand lägen oder die Kräfte der PSNV (PSNV-Anbieter) ihrerseits Helfer i.S. der Katastrophenschutzbestimmungen wären (z.B. bei an Hilfsorganisationen angebundene Personen, Expertengruppe 1 und 2), womit sie direkt der Weisung und Koordination der Katastrophenschutzleitung (bzw. untergeordneten Abschnitten) unterstellt wären.

3.6.2.3 Polizeiliche Lagen

Bei rein polizeilichen Lagen (wie beispielsweise beim Amoklauf im Erfurter Gutenberg-Gymnasium 2002) liegt die Einsatzleitung in den Händen der Polizei. Gerade bei Ereignissen, in denen beispielsweise mit einer großen Zahl von Getöteten, aber einem den Katastrophenalarm nicht rechtfertigenden Bedarf an technischer Hilfeleistung, Brandschutz oder medizinischer Versorgung zu rechnen ist, werden zwar u.U. auch Einsatzkräfte der Feuerwehren, des THW und der Rettungsdienste mitwirken – der Schwerpunkt des Einsatzes wird aber auf originär polizeilichen Aufgaben (z.B. Ermittlung, Strafverfolgung) liegen. Auch bei nicht-polizeilichen Einsatzkräften kann sich jedoch ungeachtet der formalen Ein-

satzzuständigkeit natürlich ein aus dem Einsatzgeschehen resultierender Bedarf an PSNV ergeben. Diese nicht-polizeilichen Kräfte stehen, sofern kein Katastrophenfall ausgerufen ist (was bei den beiden o.g. Lagen nicht der Fall war), i.d.R. unter der Führung und Fürsorgepflicht der jeweiligen Arbeitgeber, bzw. Behörden (vgl. 6.2.1.1, Abbildung 28, S. 116). In diesem Fall würde eine PSNV für Kräfte der Rettungsdienste, Feuerwehren und des THW in polizeilichen Lagen, also wie oben erläutert, Aufgabe der Träger, Arbeitgeber bzw. Behörden sein. Eine gemeinsame, organisationsübergreifende Versorgung und damit gemeinsame Führungsstruktur für Fragen der PSNV ist nicht geregelt. Die fachlichen Voraussetzungen und entsprechenden Funktionen in der Führungsstruktur sind nicht näher definiert (s. dazu 7.).

3.6.3 Öffentlichkeitsarbeit

Bei Vorschriften über Pressearbeit, die insbesondere die von im Rahmen der Einsatzleitung agierenden Behörden und Organisationen formal unabhängige Personen und Organisationen betreffen, wäre insb. Art. 5 Grundgesetz (GG) (Jarras & Pieroth, 2004) zu beachten, der jeder Person das Recht zubilligt,

„seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten.“

Dieses Recht kann jedoch durch Gesetze eingeschränkt werden. Journalisten steht zudem ein Zeugnisverweigerungsrecht zu (§ 53 Strafprozessordnung (StPO)). Es stünde also grundsätzlich sowohl Pressevertretern frei, sich bei den einzelnen Organisationen oder Personen der PSNV zu informieren, wie es andererseits auch diesen frei stünde, Kontakt zur Presse aufzunehmen, solange nicht gesetzliche Regelungen dem entgegen stehen.

Die Behörden sind nach § 4 der Landespressegesetze von Berlin und Sachsen-Anhalt verpflichtet, Pressevertretern Auskünfte zu erteilen. Diese Auskünfte können verweigert werden, wenn die sachgemäße Durchführung eines schwebenden Verfahrens vereitelt, erschwert, verzögert oder gefährdet werden könnte, Vorschriften über die Geheimhaltung entgegenstehen oder schutzwürdige öffentliche oder private Interessen verletzt würden. Die in die PSNV involvierten Behörden hätten daher nicht nur das Recht, sondern die gesetzliche Pflicht zur Pressearbeit, wenn keine der o.g. Gründe dagegen sprechen.

Die DV100 (vgl. Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz, 2000) sieht „bei Bedarf“ die Einrichtung des Sachgebietes 5 („Presse und Medienarbeit“) vor, dem u.a. der ständige Kontakt mit den Medien, das Bündeln, Abstimmen und Steuern der Presse- und Medienarbeit und die Vorbereitung von Pressekonferenzen zugeordnet ist. Dementsprechend *sollte* (je nach konkreten Länderbestimmungen) im Katastrophenfall jeder Kontakt mit der Presse (auch der von formal nicht den Behörden und Organisationen zugehörigen Personen und Organisationen) zumindest mit dem Sachgebiet 5 abgestimmt sein. Die

Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz (2000) schlägt im Rahmen einer „Koordinierungsstelle Psycho-Soziale Dienste“ einen Leistungsbereich Pressearbeit vor, für den eine

„...Ansprechperson mit einschlägiger Vorbildung und Erfahrung zur Verfügung...“

steht. Die Aktivitäten dieses Leistungsbereiches

„sollen in Kooperation mit anderen Pressevertretern (z.B. Katastrophentab, Einsatzleitung) organisiert und durchgeführt werden“.

Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der PSNV werden auch im Rahmen der Ergebnisdarstellung der Interviewauswertung mit Koordinierungsexperten aufgegriffen (6.2.1.3).

3.6.4 Rechte und Pflichten bestimmter Personengruppen

3.6.4.1 Ausübung von Heilkunde, insbesondere Psychotherapie

Die Anwendung von „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ zur „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“, ist nach §1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vorbehalten. Dies gilt jedoch nicht für

„...psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (ebd).

Konkret können im ICD 10 (WHO, 1992) oder DSM IV (APA, 1996) verzeichnete Störungen und damit insbesondere die (eingetretene) akute Belastungsstörung und PTSD als Störungen mit Krankheitswert angesehen werden. Damit ist ein Tätigsein im Rahmen der Tertiärprävention dieser Störungen weitgehend (soweit es die Therapie, jedoch nicht die Tätigkeit außerhalb der Heilkunde betrifft) ausschließliche Aufgabe ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Methodisch-strukturierte Maßnahmen der Sekundärprävention, die im Ereignisfall vor dem Eintreten der Störung einsetzt, wie z.B. Notfallseelsorge, Krisenintervention, CISM oder SbE, sollten von ihrem Arbeitsansatz her nicht zu heilkundlichen Tätigkeiten laut PsychThG gezählt werden, sondern dienen zunächst der unmittelbaren und mittelfristigen Aufarbeitung von potenziell „traumatischen“ Erfahrungen (s. 8.4). Diese hier in Kenntnis der Handlungsstrategien und Qualifikationen eingenommene Position wird seitens der ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten jedoch zunehmend in Frage gestellt, da die Identifizierung ressourcenarmer bzw. hoch belasteter Personen als Ausübung von Diagnos-

tik eingeschätzt wird und die Weichenstellung der Erfahrungsverarbeitung in den ersten Stunden nach dem Notfallereignis oder Extremeinsatz hohe Professionalität erfordere. Es ist auch umstritten, ob die Tätigkeiten nicht heilkundlicher PSNV-Anbieter unter Aufsicht heilkundlicher Berufsgruppen oder in Kenntnis der Grenzen des eigenen Handelns unabhängig geleistet werden können. PSNV-Angebote der Akutversorgung können die Schwelle der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im Bedarfsfall senken helfen und den Zugang zu therapeutischen Angeboten erleichtern. Zur Ausübung primär nicht heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der PSNV werden bisher weitgehend keine eindeutig definierten oder gar standardisierten Ausbildungen vorgeschrieben. Teilweise haben sich PSNV-Anbieter zusammengeschlossen und strukturierte Ausbildungen (z.B. SBE, KIT, NFS) absolviert, die z.T. an internationalen oder nationalen anbietersystem-internen Standards angelehnt sind. Derzeit gibt es aber keine Regelungen, die eine Eignung von Methoden, Qualifikationen und Anbietern für bestimmte Zielgruppen sowie Fehlbeanspruchungsfolgen, die noch nicht als Krankheiten nach ICD 10 oder DSM IV zu werten sind bzw. Schadenslagen feststellt und überprüft. Dieses Defizit gründet sich zum einen auf die bisher eher ungenügende strukturelle Einbindung der PSNV in den Bevölkerungsschutz und zum anderen auf die widersprüchliche und mangelhafte Datenlage aus Interventionsstudien¹⁰. Unter 6., 7. und 9. werden die erarbeiteten Empfehlungen des Netzwerk-Projekts zur strukturellen Einbindung der PSNV, zur Kennzeichnung von PSNV-Anbietern und Vorschläge für einheitliche Sprachregelungen ausführlich hergeleitet und diskutiert. Daher wird an dieser Stelle darauf verzichtet, Zuständigkeiten von Personen mit spezifischen Qualifikationen und Angeboten zu nennen.

Primärpräventive Maßnahmen fallen nicht unter die Ausübung von Psychotherapie, ebenso wenig Interventionen, die andere Stress- und Belastungsfolgen ohne Krankheitswert betreffen (z.B. soziale Konflikte, Burnout, allgemeine Lebensprobleme).

3.6.4.2 Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht¹¹

Angehörige von Heilberufen, Berufspsychologen, anerkannte Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Jugend- oder Suchtberater, anerkannte Sozialarbeiter und Sozialpädagogen haben *Schweigepflicht* nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB)¹². Ihnen stehen Personen gleich, die

„...bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind“.

10 Dazu werden derzeit zwei Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums des Innern an der LMU München unter der Leitung von Professor Dr. Willi Butollo durchgeführt (vgl. Butollo, Krüsmann, Schmelzer, Karl & Müller-Cyran, 2003a-h).

11 Einschränkungen des Zeugnisverweigerungsrechts und der Schweigepflicht, die gegenwärtig im Rahmen von Antiterrormaßnahmen diskutiert werden, bleiben hier unberücksichtigt.

12 Nicht erwähnt sind weitere Berufsgruppen, deren Tätigsein im Rahmen der PSNV unwahrscheinlich erscheint.

Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 StPO haben im Bereich der PSNV Geistliche, Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, sowie Berater für Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit in anerkannten Beratungsstellen. Dieses Zeugnisverweigerungsrecht steht ebenfalls „Gehilfen“ zu sowie Personen, „die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen“.

Es konnten bisher keine rechtlichen Bestimmungen recherchiert werden, die eine Schweigepflicht bzw. das Zeugnisverweigerungsrecht von Personen regeln, die im Rahmen der Primär- bzw. Sekundärprävention (PSNV) nach Großschadenslagen tätig werden, aber nicht o.g. Berufsgruppen angehören. Allenfalls wäre denkbar, Mitglieder in Organisationen und Vereinen oder Mitarbeitern von Einsatzorganisationen und -behörden, die PSNV anbieten per Satzung oder Arbeitsvertrag zur Verschwiegenheit zu verpflichten und Verstöße gegen diese Verpflichtung organisationsintern zu sanktionieren. Ein Zeugnisverweigerungsrecht kann anhand der derzeitigen Rechtslage nicht von Personen beansprucht werden, die keiner der o.g. Personengruppen angehören. Mitglieder in KIT und Notfallseelsorge-Teams haben also kein Zeugnisverweigerungsrecht.

4. Aus dem Sachstand abgeleitete Ebenen der Entwicklung von Standards

Die Formulierung von Standards und Empfehlungen für eine bundesweite Strukturierung und Organisation der PSNV basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Auswertung der Interviews und Expertengespräche, den geprüften Übertragungsmöglichkeiten von länderspezifischen Vernetzungspotenzialen im Ergebnis von Sitzungen projektbegleitender Arbeitskreise der Modellländer, den politischen Willenserklärungen und Vereinbarungen zwischen den Verantwortlichen der Länder hinsichtlich einer umfassenden bundeseinheitlichen Erfassung von Angeboten und Expertise, auf der differenzierten Benennung von rechtlich-strukturellem Klärungsbedarf sowie auf der Analyse bestehender Verantwortlichkeiten, in die auch die Verantwortung für die PSNV für Einsatzkräfte in Feuerwehr, Rettungsdienst und im THW eingebettet werden könnte.

Ein wesentlicher Impuls für die folgende Struktur geht von der Wahrnehmung aus, dass die gegenwärtige Diskussion im Feld der PSNV durch zwei gegenläufige Strategien der Lösungssuche gekennzeichnet werden kann: **Warten oder Starten** (s. auch Abbildung 14).

Warten auf eine einheitliche Lösung findet sich überall dort, wo ein (tatsächlich auch vorhandener) so enger Zusammenhang aller zu lösenden Probleme gesehen wird, dass eine Gesamtlösung erst erarbeitet sein müsse, bevor man mit einer Teilaufgabe anfangen könne. Das folgende Zitat kann als Beispiel für die wiederholt beobachteten und in Gesprächen mit Akteuren ebenso dargestellten zirkulären Problem- und Aufgabenanalysen betrachtet werden:

„Die Frage einer verbindlichen Festlegung von *Ausbildungsstandards* könne hier gar nicht gestellt werden, verweise aber auf den Bereich „*Rahmenbedingungen*“ zurück und damit auf die Erfordernis, *Aufgaben und Tätigkeitsfelder* beinahe wie im Sinne einer Arbeitsplatzbeschreibung zu konkretisieren..... Abermals brach die Diskussion um die Begrifflichkeit auf. Die Frage der *Ausbildung* und ihrer Standards zieme ja darauf, für bestimmte Aufgaben zu qualifizieren....So gesehen wäre eine Qualifikation in „psychosozialer Betreuung“ tatsächlich zu unspezifisch, folglich müsse man gewisse Eingrenzungen vornehmen.... (einige Begriffe werden vorgeschlagen: Notfall- und Akutbetreuung, psycho-traumatologisch)... Nach intensiver Diskussion, einer gewissen Ratlosigkeit und einigen heftigen Wortwechseln einigte sich das Auditorium darauf, noch einmal zum ersten Bereich „*Rahmenbedingungen schaffen und optimieren*“ zurückzukehren und dort die Zielsetzung „Schaffung eines Netzwerkes“ neu zu formulieren: „Schaffung eines **Netzwerkes** zur psychosozialen Notfallversorgung (u.a. Notfallpsychologie, Seelsorge und Einsatznachsorge)“ (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002, S. 15).

Das beobachtete Warten ist dadurch gekennzeichnet, dass als Voraussetzung der Inangriffnahme *einer* Aufgabe zunächst an anderer Stelle Lösungen erarbeitet

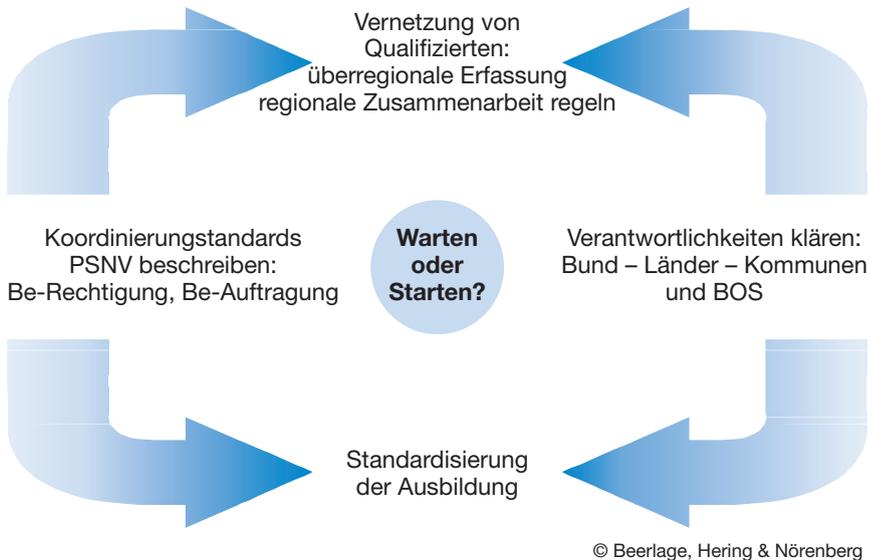
sein müssten. „Einheitlichkeit“ ist dabei das Stichwort, unter dem sich die Akteure auf Abstimmung verpflichten.

Starten ist dort zu finden, wo Verantwortungsübernahme für die psychische Gesundheit der Einsatzkräfte (und andere Zielgruppen), nicht abgerufene Erfahrung und Expertise, Ideenreichtum und Ungeduld (und teilweise auch unkoordinierter Aktionismus) zu ebenso pragmatischen wie haltbaren Provisorien führen oder die Übernahme einer „Vorreiterrolle“ stattfindet, der jedoch nur in Teilen der verinselten Vernetzungen auch Definitionsmacht zuerkannt bekommt.

Es werden dabei Teillösungen unter der Maßgabe „Man muss einfach einmal anfangen“ realisiert. Die so entstehenden Varianten – Vernetzungen, Koordinationsformen, Qualifizierungen – sind allesamt als Bereicherung der Versorgungslage zu verstehen, könnten jedoch wegen ihrer ungeklärten Passung in eine Gesamtstruktur später unwillkommene Nachbesserungen erforderlich machen, die i.d.R. auf Widerstände stoßen, da das Umgesetzte zunächst nach der investierten Energie gegen „Angriffe“ verteidigt wird.

Auch der Titel des Netzwerkprojektes lässt die Hoffnung auf eine einheitliche Lösung oder Lösung an einem Ort erkennen: Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung.

Abbildung 14: Voneinander abhängige Komponenten einer PSNV-Gesamtstruktur



Problematisch scheint nach den im Projektverlauf gemachten Beobachtungen jedoch eines zu sein: die Hoffnung auf eine **einheitliche** Lösung. Hier seien einige Thesen formuliert, die gegen eine einheitliche Lösung sprechen:

- Vernetzung „cannot generate new resources, cannot devise new treatment methods, cannot solve problems of alienation or mistrust, cannot transmute ineffective service systems into effective ones“ (Weiss, 1981, zit. nach van Santen & Seckinger, 2003, S. 22);
- Vernetzung löst damit keine Qualitätsfragen.
- Die Klärung von Rahmenbedingungen der Alarmierung, Beauftragung, Finanzierung etc... löst keine Qualitätsfragen.
- Standards der Qualifizierung festzulegen löst keine Probleme der Rahmenbedingungen und der Zusammenarbeit in der Akutphase bzw. Nachsorge.
- Standardisierung in der Form von Vereinheitlichung wird der Vielfalt der Umsetzung von PSNV-Angeboten, Tätigkeiten, Aufgaben und Zielgruppen nicht gerecht.
- Die Beschreibung von Koordinationserfordernissen in der Großschadens- oder Katastrophenlage befreit nicht von der Schaffung von (alltagstauglichen) Strukturen im Vorfeld.
- Vernetzung und Standardisierung allein auf PSNV für Einsatzkräfte der Feuerwehren, Rettungsdienste und des THW zu konzentrieren, löst Schnittstellenprobleme in der Großschadens- oder Katastrophenlage nur teilweise. Eine Gesamtstruktur auch unter Berücksichtigung der PSNV in der polizeilichen Gefahrenabwehr sowie der Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenenhilfen ist zu entwickeln.

Sechs Ebenen von Standards werden daher im Folgenden unterschieden:

- Standards der Koordination im Großschadens- bzw. Katastrophenfall;
- Standards der Sicherstellung und strukturellen Einbindung von PSNV im Vorfeld;
- Standards der einheitlichen Erfassung von PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern;
- Qualitäts(mindest)standards;
- Standards in den Sprachregelungen;
- Standards leistungsfähiger Vernetzungsformen.

Standards der Koordination in der Großschadenslage, der Sicherstellung im Vorfeld, der Vereinbarung von Mindeststandards der eindeutige Sprachregelungen sowie der bundeseinheitlichen Erfassung von PSNV-Angeboten werden vor dem Hintergrund der hierarchischen Gliederung des Zivil- und Katastrophenschutzes als Aufgaben einer **vertikalen Vernetzung** (verbindliche Vereinbarungen über Hierarchieebenen hinweg) verstanden, die das „unbedingt zuverlässige Funktionieren“ in den sogenannten „High Reliability Organisationen“ (Weick & Sutcliffe, 2003) der BOS insbesondere in der Großschadenslage sicherstellen. Standards leistungsfähiger Vernetzungsformen betreffen die **horizontale Vernetzung**, in der Austausch und Zusammenarbeit gelingender organisiert werden können.

5. Kriterien zur Schätzung des Bedarfs an PSNV

5.1 Methodische Annäherung an die Bedarfsschätzung

Ein potenzieller Bedarf an PSNV-Angeboten für Einsatzkräfte im Zivil- und Katastrophenschutz kann anhand verschiedener Kriterien abgeleitet werden. Dazu gehören u.a.:

1. Anzahl extrem belastender Einsätze in einer definierten Region (zu Einsatzmerkmalen, die als extrem belastend gewertet werden können s. 0),
2. PTSD-Inzidenz nach extrem belastenden Einsätzen und
3. Häufigkeit (un)günstiger arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen als Prädiktor von Vulnerabilität und Resilienz von Einsatzkräften.

Bedarf an PSNV-Angeboten kann zudem auf zwei Ebenen abgeleitet werden:

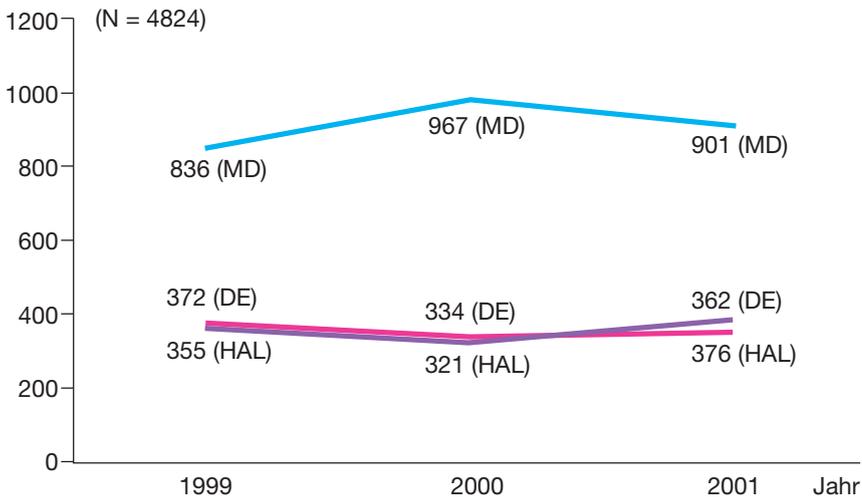
1. der Ebene der Intervention (welche Anzahl und Art an PSNV-Angeboten sind erforderlich) und
2. der Ebene der Organisation, die für die Sicherstellung verantwortlich ist.

Aufgrund der Anzahl, der Art und des Ausmaßes des jährlichen Notfallaufkommens mit extrem belastenden Einsatzmerkmalen (als Beispiel, s. Abbildung 15), die in jährlichen Ereignisberichten der Feuerwehr und der Rettungsdienste in den Bundesländern zusammengefasst sind, kann die Anzahl der mit hoch belastenden Einsatzmerkmalen konfrontierten Einsatzkräfte abgeleitet werden, also der Anteil potenziell „hochbelasteter“ Einsatzkräfte. Davon ausgehend würde sich ein „theoretischer Bedarf“ an Primär- und Sekundärprävention ergeben, einerseits bei der Vorbereitung auf extrem belastende Einsätze und andererseits zunächst bei kurzfristigen, unmittelbaren PSNV-Angeboten (z.B. Demobilization, Defusing, Debriefing). Die *geschätzte Zahl* der aus diesen Ereignissen mit *psychischen Fehlbeanspruchungsfolgen* bzw. *PTSD* hervorgehenden Einsatzkräfte wäre ein Kriterium des „theoretischer Bedarfs“ an Tertiärprävention, der grundsätzlich durch Primär- und Sekundärprävention zu senken wäre. Es ergeben sich allerdings bei der Verwendung von Daten zur Einsatzcharakteristik, Einsatzhäufigkeit sowie zur Prävalenz von Symptomen der PTSD Schwierigkeiten, annähernd einen realistischen Bedarf abzuleiten (s. dazu 5.2).

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Handlungsfähigkeit, die Widerstandsfähigkeit und Belastbarkeit von Einsatzkräften nicht ausschließlich durch Kriterien potenziell extrem belastender Einsätze beeinflusst werden, sondern auch durch alltägliche Anforderungen und Belastungen der Arbeit im Einsatzdienst. Mögliche Einflussfaktoren wären dabei z.B. Routineeinsätze, die Arbeitsbedingungen sowie die Arbeitsorganisation. Der Fokus wäre dabei nicht nur auf extreme gesundheitliche Folgen (wie z.B. die PTSD) zu richten, sondern eher auf Gesundheitsbeeinträchtigungen ohne Krankheitswert wie eine geringe Belastbarkeit, ein-

geschränkte Vitalität, Erschöpfung, Zynismus sowie die Wahrnehmung eingeschränkter Leistungsfähigkeit (Wohlbefinden und Burnout). Ergebnisse von Studien, die den Zusammenhang zwischen *nicht krankheitsrelevanten* Gesundheitsbeeinträchtigungen (z.B. Burnout) und der PTSD bei Einsatzkräften untersuchten (z.B. Reinhard & Maercker, 2004), legen nahe, auch diese Kriterien bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen. Ihre Ergebnisse lassen die Annahme zu, dass hochgradig ausgebrannte Einsatzkräfte nach extrem belastenden Einsätzen ein deutlich höheres Risiko für posttraumatische Symptome haben als ihre nicht ausgebrannten Kollegen. Auch zwischen bestimmten (arbeitsorganisatorischen) Belastungen und Burnout ergab sich in zahlreichen nationalen und internationalen Quer- und Längsschnittstudien ein bedeutender Zusammenhang (im Überblick: Schaufeli & Enzmann, 1998). Untersuchungen dazu bei Einsatzkräften sind national wie international selten, sprechen für die o.g. Befunde (Alexander & Klein, 2001; Hering & Beerlage, 2004, 5.3).

Abbildung 15: Beispiel für die Ermittlung von Einsätzen und Einsatzcharakteristika am Beispiel des Modelllandes Sachsen-Anhalt: Feuerwehreinsätze mit verletzten und getöteten Personen (Zahlen aus Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt, 2002a-c)



Anmerkung: DE = Regierungsbezirk Dessau
 HAL = Regierungsbezirk Halle
 MD = Regierungsbezirk Magdeburg

In der hier vorgelegten Studie (s. 5.3) wurde in Kenntnis zahlreicher Untersuchungen zur durchschnittlichen PTSD-Prävalenz sowie PTSD-Einflussfaktoren bei Einsatzkräften (vgl. u.a. Teegen, Domnick & Heerdegen, 1997; Teegen, 1999; Teegen & Yasui, 2000; Wagner, 2001) eher der Bedarf auf der Ebene der Arbeitsorganisation untersucht. Die Kernfragestellung war: Wie (vor)belastet gehen Einsatzkräfte in kritische Einsätze? Dabei wurde angenommen, dass Veränderungen

auf der Ebene der Arbeitsorganisation als primärpräventive Maßnahmen auch dazu beitragen können, die Prävalenz einsatzbedingter Erkrankungen zu verringern.

5.2 Allgemeine Probleme der Bedarfsschätzung

Zwar lagen zu Beginn des Netzwerk-Projekts von allen Organisationen, die Einsatzkräfte beschäftigen, Zahlen über die Anzahl potenziell belastender Einsätze vor (Ereignisberichte mit der Aufschlüsselung nach Einsatzqualitäten), allerdings variierte zum einen der Detaillierungsgrad der einzelnen Angaben stark, zum anderen waren aufgrund der Einsatzstatistiken nach wie vor folgende relevante Fragen hinsichtlich der Bedarfsableitung ungeklärt:

- Wie viele Einsatzkräfte erlebten potenziell belastende Einsatzmerkmale *mehrmals* (Doppel- bzw. Mehrfachbelastung)?
- Wie viele Einsatzkräfte waren tatsächlich mit traumatisierenden Einsatzmerkmalen konfrontiert?
(z.B. bedeutet die Tatsache, dass Menschen umkamen nicht, dass jede Einsatzkraft auch tatsächlich in der Nähe getöteter Personen eingesetzt wurde.)
- Wie viele Einsatzkräfte entwickelten Fehlbeanspruchungsfolgen bzw. bildeten aufgrund eines Einsatzes eine PTSD aus?

Aus den vorliegenden Daten (z.B. Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt, 2002a–c) lassen sich daher nur begrenzt Rückschlüsse auf die konkrete Einsatzsituation vor Ort sowie auf das Auftreten möglicher Stressoren und damit auf den potenziellen Belastungsgehalt der Einsätze sowie auf die daran beteiligten Einsatzkräfte ziehen. Länderübergreifende Vergleiche der Daten sind aufgrund unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und Aufschlüsselung der Daten nur eingeschränkt und bei wenigen Kriterien möglich (z.B. absolute Zahl aller Einsätze/Zeitraum). Aussagen über das geschätzte Ausmaß von Stress- und Fehlbeanspruchungspotenzialen sind somit auf Grundlage *dieser* Daten nicht möglich. Extrembelastungen in Einsätzen können aber ausgehend von Untersuchungsergebnissen zur PTSD als Prädiktoren für die individuelle Vulnerabilität gesehen werden. Insofern kann im weiteren Sinn der Bedarf an Primärprävention auf der Ebene der Person abgeleitet werden (z.B. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Stressvorbereitung, Stressimpfung).

Neben Daten aus der Ereignisstatistik der Einsatzorganisationen existieren Daten aus Studien, die u.a. die Prävalenz der PTSD sowie relevante Einflussfaktoren auf die PTSD untersuchten (Teegen, Dornick & Heerdegen, 1997; Teegen, 1999; Teegen & Yasui, 2000; Wagner, 2001). Die Ergebnisse variieren jedoch stark und ergaben bei Einsatzkräften eine PTSD-Prävalenz zwischen 3 und 36%. Anhand dieser Daten ließe sich, bei Repräsentativität der Untersuchungen für bestimmte Einsatzkräftegruppen, lediglich der potenzielle Bedarf an sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen ableiten.

Für eine umfassende PSNV wurde es vom Netzwerk-Projekt für notwendig erachtet, auch den Bedarf an primärer (Verhältnis)Prävention für Einsatzkräfte auf der Ebene der Arbeitsorganisation zu schätzen. Anhand vorliegender Daten bisheriger Untersuchungen war es nicht möglich auf dieser Ebene einen Bedarf abzuleiten. Ausgehend von Untersuchungen bei anderen Berufsgruppen kann aber angenommen werden, dass die arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen als bedeutende Prädiktoren der individuellen Vulnerabilität gesehen werden können (zusammenfassend Schaufeli & Enzmann, 1998; Rösing, 2003; Reinhard & Maercker, 2004). Zusammenhänge zwischen arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen und potenziellen Kriterien der individuellen Belastbarkeit und Vulnerabilität (insbesondere subjektive Gesundheit, Wohlbefinden und Burnout) wurden daher bei Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehr sowie bei hauptberuflichen Einsatzkräften im Rettungsdienst in den Modellländern untersucht. Anhand der Ergebnisse kann die Annahme gestützt werden, dass Handlungsbedarf nicht nur hinsichtlich eines bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus der PSNV auf der Ebene der Person besteht, sondern auch auf der Ebene der Arbeitsorganisation sowie bei der Vorbereitung auf den Einsatzalltag (s. 5.3).

5.3 Nebenerhebungen¹³ für die Bedarfsermittlung bei Einsatzkräften der Rettungsdienste, der freiwilligen und der Berufsfeuerwehren (MARAM/MAFAM)

Unter theoretischen und praktischen Gesichtspunkten diente die Untersuchung auch der Analyse von Zusammenhängen zwischen Anforderungen, Belastungen sowie Belastungsfolgen unterhalb der Krankheitsschwelle (geringes Wohlbefinden und Burnout). Die Erhebungen hatten zudem das Ziel, Hinweise auf den Bedarf an PSNV-Angeboten auch über extrem belastende Einsätze hinaus abzuleiten. Die Erhebung wurde von der Annahme geleitet, dass Belastungen im Sinne einer PTSD *nur* ein, wenn auch zentrales Kriterium für den Bedarf an PSNV-Angeboten darstellen, da sie vor allem auf die Primär- und Sekundärprävention von Stressreaktionen und Traumafolgen im Kontext *extremer* Einsatzsituationen abzielen. Daher wurden als Bedarf an präventiven und rehabilitativen psychosozialen Maßnahmen breiter gefasste Beeinträchtigungen der Einsatzfähigkeit, des physischen und psychischen Wohlbefindens *unterhalb der Krankheitsschwelle* als Indikatoren für besonders vulnerable Einsatzkräfte in extremen Einsatzsituationen ermittelt.

Bedarf wird dabei als „Anteil vulnerabler Einsatzkräfte“ verstanden. Da damit auch Belastungen im *Einsatzalltag* in das Blickfeld rücken, konnten erste Hinweise auf einen Handlungsbedarf auf der Ebene der Behörden und Organisatio-

¹³ Darunter sind hier Untersuchungen zu verstehen, deren Ergebnisse dazu beitragen sollen, Projektaufgaben angemessen zu erfüllen. Ausgangspunkt waren zentrale Anliegen des Projekts, sie gingen aber über die Beantwortung der Fragestellung hinaus. Die Erhebungen wurden durch die Nutzung von Ressourcen der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) z.B. im Rahmen von Diplomarbeiten durchgeführt.

nen herausgearbeitet werden, die Träger im Rettungsdienst, der freiwilligen und Berufsfeuerwehr sind.

5.3.1 Problemstellung

Es wurden bisher Schwierigkeiten deutlich, einen konkreten Bedarf an PSNV-Angeboten und psychosozialer Unterstützung in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr sowie im Rettungsdienst zu ermitteln (s. 5.2). Die verfügbaren Daten, z.B. Ereignisberichte der Feuerwehr (Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt, 2002a-c) oder Prävalenzdaten der PTSD (Clohessy & Ehlers, 1999; Teegen, 1999; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1999; Teegen & Yasui, 2000; Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehlert, 2001), lassen nur eingeschränkt Rückschlüsse auf den Bedarf an Primär- und Sekundärprävention im Rahmen der PSNV zu. Ein wichtiges Ziel der Studie war daher, Kriterien für den Bedarf an *umfassender* psychosozialer Unterstützung für Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehren sowie der Rettungsdienste anhand eines breiten Spektrums potenzieller Belastungen und Beeinträchtigungen zu ermitteln¹⁴. Es sollen weniger extreme Stresserfahrungen und deren Folgen mit Krankheitswert, als vielmehr Anforderungen und Belastungen der Arbeit in freiwilligen und Berufsfeuerwehren sowie im Rettungsdienst im Alltag und ihre möglichen Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand sowie auf Beeinträchtigungen unterhalb der Krankheitsschwelle (geringes Wohlbefinden und Burnout) vor dem Hintergrund des Erhalts der Einsatzfähigkeit und der Senkung der Vulnerabilität von Einsatzkräften im Rettungsdienst, untersucht werden.

Die Erhebungen bei Einsatzkräften im Rettungsdienst sowie Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehren erfolgten unabhängig voneinander, wobei zunächst eine Untersuchung bei Einsatzkräften im Rettungsdienst der Bundesländer Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen erfolgte (März 2003 bis Januar 2004; Hering & Beerlage, 2004). Später wurde eine weitere Untersuchung mit einem modifiziertem Erhebungsinstrument bei Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehren derselben Bundesländer (Januar-April 2004, s. 5.3.7)¹⁵.

5.3.2 Untersuchungsgegenstände

Zunächst interessieren Anforderungen und Belastungen von Einsatzkräften im Rettungsdienst und in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr. Der Schwerpunkt liegt dabei auf extremen Belastungen, aber auch auf alltäglichen Anforderungen

14 Eine analoge Studie bei Einsatzkräften im THW konnte aufgrund begrenzter „Neben“ressourcen nicht realisiert werden, wird aber im Rahmen künftiger Forschungsaktivitäten nicht ausgeschlossen.

15 Für die zuletzt genannte Untersuchung liegen zum Zeitpunkt der Berichtstellung noch keine detaillierten Ergebnisse über Zusammenhänge zwischen Anforderungen und Belastungen vor. Daher werden im Folgenden erste Ergebnisse auf deskriptiver Ebene vorgestellt. Die weitere Auswertung erfolgt durch Ressourcen der Hochschule nach Ablauf der Projektlaufzeit im Rahmen von Diplomarbeiten und kann über die website www.psychosoziale-notfallversorgung.de abgerufen werden.

an die Einsatzkräfte. Der aktuelle Kenntnisstand zu Anforderungen und Belastungen an Einsatzkräfte wurde ausführlich unter 3.1 dargestellt. In dieser Untersuchung wurde ein Spektrum von Anforderungen an Einsatzkräfte der freiwilligen, der Berufsfeuerwehren und der Rettungsdienste untersucht, die inhaltlich als extreme Einsatzerfahrungen, komplexe Situationen im Einsatz, Behinderungen im Rahmen von Einsätzen sowie die Arbeit zu ungünstigen Arbeitszeiten zusammengefasst werden können (s. 5.3.2.1). Zudem wurde versucht, den Einfluss ungünstiger arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen (ungenügende Beteiligung an betrieblichen Entscheidungsprozessen, Einfluss auf die Durchführung von Arbeiten) sowie von Zeitdruck zu untersuchen. Daher liegt das Augenmerk im Folgenden insbesondere auf dem Wohlbefinden als Maß der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit sowie auf Burnout. Sowohl Einschränkungen im überdauernden Wohlbefinden, als auch Erschöpfung, Zynismus und die Einschätzung zentralen beruflichen Standards nicht gerecht zu werden (Burnout), können über die PTSD hinaus als relevante gesundheitliche Folgen von Belastungen der Arbeit in der Feuerwehr und im Rettungsdienst gewertet werden. Dennoch ist die Datenlage zur Vulnerabilität und zu Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert für diese Gruppe eher dürftig.

Beide Konstrukte werden im Folgenden genauer betrachtet.

5.3.2.1 Anforderungen im Rettungsdienst sowie der Feuerwehr und ihre Erfassung

Die Untersuchungen zu Belastungen und Beanspruchungsfolgen im Rettungsdienst sowie Belastungen und ihren Folgen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr hatten zum Ziel, den Einfluss bedeutender Anforderungen (und Belastungen) in der Arbeit auf die subjektive Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit bei Einsatzkräften zu erfassen. Neben potenziell extremen Einsatzerfahrungen, die in der Mehrzahl der Veröffentlichungen in Zusammenhang mit extremen psychischen Folgen im Einsatzdienst untersucht wurden, war es Ziel, auch alltägliche Behinderungen in der Arbeit im Zusammenhang mit der allgemeinen arbeitsbezogenen Gesundheit zu untersuchen (s. auch 3.2). Während zur Erfassung ungünstiger arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen erprobte Messinstrumente existieren (Kleiber, Gusy, Enzmann & Beerlage, 1992, s. 5.3.4), standen keine Instrumente zur Erfassung alltäglicher Anforderungen im Einsatzwesen zur Verfügung. Daher wurde es notwendig, ein geeignetes Instrument für die Abbildung spezifischer alltäglicher und extremer Anforderung im Rettungsdienst und der Feuerwehr zu entwickeln. Alle Aussagen, die von den Einsatzkräften in den Untersuchungen hinsichtlich der Anforderungen in ihrer Arbeit zu bewerten waren, wurden im Ergebnis der Literaturanalysen zu Anforderungen und Belastungen im Einsatzdienst formuliert (s. 3.1). Der Pool der Items umfasste:

- die eigene Gefährdung im Einsatz;
- die Verletzung bzw. das Sterben von Patienten/Opfern;
- Einsatztaktik sowie
- Arbeitsorganisation.

Eine erste Version des Messinstruments wurde im Ergebnis des ersten Teils der Rettungsdienststudie (vgl. Hering & Beerlage, 2004) vorgestellt. Es wurde nach dem Eingang einer großen Anzahl weiterer Fragebögen nach dem eigentlichen Abschluss der Untersuchung (September 2003) strukturell modifiziert, wobei die enthaltenen Items in der Befragung beibehalten wurden. Im Rahmen der Feuerwehrstudie, die bis zum Juni 2004 lief, wurde der Fragebogen inhaltlich erweitert (s. 5.3.7). Demzufolge ergaben sich im Ergebnis der Feuerwehrhebung auch strukturelle Modifikationen des Messinstruments.

5.3.2.1.1 Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst

Im Ergebnis der Faktorenanalyse kann dem Pool der Items zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst die folgende Faktorenstruktur zugrunde gelegt werden (s. auch Tabelle 2, S. 107) (ursprünglicher Itempool s. Tabelle-Anhang 1, S. 278):

- *Extreme Einsatzerfahrungen* (EXE), dazu zählen z.B. die Verletzung des Kollegen im Dienst, der Einsatz bei Großschadens- und Katastrophenlagen sowie Einsätze, die die eigene körperliche Unversehrtheit massiv bedrohen;
- *Behindernde Einsatzbedingungen* (BR), dazu zählen z.B. schwer erreichbare Einsatzstellen, Behinderungen auf Einsatzfahrten sowie uneindeutige Einsatzinformationen;
- *Arbeitszeit* (AZ) enthält Anforderungen, die sich aus dem Schicht- und Bereitschaftsdienst im Rettungsdienst ergeben können (Nachtarbeit, lange Dienstzeiten);
- *Komplexe Einsatzsituationen* (KE), dazu zählen Einsätze mit besonderen Anforderungen an die rettungsdienstliche Kompetenz, wie z.B. Einsätze mit Kindern, Einsätze mit komplizierten Bedingungen bei der Übergabe des Patienten in der Notaufnahme bzw. der Tod des Patienten im Einsatz.

Die vier Faktoren der endgültigen Struktur erklären ca. 40% der Gesamtvarianz der Untersuchungsteilnehmer bei den eingeschlossenen Items. Kritisch muss die Zuverlässigkeit der Skala „Komplexe Einsatzsituationen“ bei einem alpha von ,50 bewertet werden.

Signifikante Zusammenhänge ergeben sich zwischen allen Subskalen. Die Korrelationskoeffizienten liegen dabei zwischen ,23 und ,41 (Tabelle 1).

Obwohl das Messinstrument in vier Faktoren unterschiedliche Aspekte von Arbeitsanforderungen im Rettungsdienst abbildet, sind die Faktoren nicht gänzlich voneinander unabhängig. Naheliegend ist daher, dass unterschiedliche Aspekte eines Spektrums von Anforderungen und Merkmalen der Arbeit im Rettungsdienst durch diesen Fragebogen erfasst werden.

Tabelle 1: Interkorrelation der Belastungsskalen (n=142)

| | EXE | BR | AZ |
|----|--------|--------|--------|
| BR | ,41*** | – | ,39*** |
| KE | ,26** | ,38*** | ,23* |
| AZ | ,39*** | ,27** | – |

Anmerkungen: EXE = Extreme Einsatzerfahrungen
 BR = Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz
 AZ = Arbeitszeit
 KE = Komplexe Einsatzsituationen
 * = Korrelationskoeffizienten signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,05$;
 ** = auf einem Niveau von $p < ,01$;
 *** = auf einem Niveau von $p < ,001$

Aussagen zur konvergenten und diskriminanten Validität können für das Instrument zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst bisher nicht erfolgen. Die Skala „Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz“ misst deutlich höhere Werte bei mittleren Altersquartilen. Die Skalen „Extreme Einsatzbedingungen“ und „Arbeitszeit“ weisen Messwertunterschiede zwischen Gruppen mit unterschiedlicher Berufserfahrung auf. Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Skalen ist daher für unterschiedliche Altergruppen bzw. Gruppen unterschiedlicher Berufserfahrungen eingeschränkt (s. Anhang 1, Tabelle-Anhang 7 und Tabelle-Anhang 8, S. 283/284).

5.3.2.1.2 Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr

Infolge der notwendigen Ergänzungen, Modifikation und Adaptation des Messinstruments für die Untersuchung bei Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehr ergaben sich abweichende Gegenstandsbereiche von Anforderungen an Einsatzkräfte der Feuerwehr.

Im Ergebnis der Faktorenanalyse kann dem Pool der Items zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst die folgende Struktur zugrunde gelegt werden (Itemkurzbezeichnungen und Kennwerte s. Tabelle 4, S. 109):

- *Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand* (ERA), dazu zählen z.B. Anforderungen, die sich aus einer ungenügenden Absprache zwischen Einsatzkräften oder aufgrund unklarer bzw. widersprüchlicher Anweisungen ergeben;
- *Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen* (BR), dazu zählen vergleichbare Inhalte wie im ähnlich benannten Komplex im Rettungsdienst (s.o.);
- *Einsätze mit Extremforderungen* (EXE), auch dieser Bereich enthält vergleichbare Inhalte wie der o.g. Gegenstandsbereich im Rettungsdienst;

Tabelle 2: Item- und Skalenanalyse des Instruments zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst (N = 142)

| | | M | SD | Min/Max |
|--|--------------|-------------|-------------|------------------|
| Extreme Einsatzerfahrung (EXE) | $\alpha=,76$ | 1,03 | 0,61 | 0/2,71 |
| Verletzung Kollege – Erlebt | | 0,78 | 0,82 | 0/3 |
| Beteiligung Großschadenslagen | | 0,79 | 0,85 | 0/4 |
| Verletzung Kollege – Erfahrung | | 1,33 | 0,91 | 0/5 |
| Lebensgefahr | | 1,17 | 1,13 | 0/6 |
| Eigene Verletzung | | 0,34 | 0,60 | 0/2 |
| Behinderung durch Angehörige | | 0,99 | 1,17 | 0/6 |
| Behinderung durch Journalisten/Gaffer | | 1,77 | 1,10 | 0/5 |
| Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz (BR) | $\alpha=,72$ | 3,66 | 1,13 | 1,25/6,0 |
| Schwer erreichbare Einsatzstellen | | 3,49 | 1,61 | 0/6 |
| Behinderungen bei Einsatzfahrten | | 4,52 | 1,44 | 2/6 |
| Uneindeutige Einsatzinformationen | | 3,41 | 1,49 | 0/6 |
| Diskrepanz zwischen Information und Lage | | 3,24 | 1,56 | 0/6 |
| Arbeitszeit (AZ) | $\alpha=,74$ | 4,80 | 1,64 | 0/6 |
| Arbeitszeit länger 12 Stunden | | 4,60 | 2,06 | 0/6 |
| Arbeitszeiten 22:00 bis 6:00 | | 5,02 | 1,53 | 0/6 |
| Komplexe Einsatzsituationen (KE) | $\alpha=,50$ | 1,56 | 0,59 | 0,17/3,17 |
| Probleme durch gestörten Funk | | 1,92 | 1,61 | 0/6 |
| Probleme bei Übergabe im Krankenhaus | | 2,78 | 1,48 | 0/6 |
| Schwer verletzte Kinder – Erlebt | | 1,27 | 0,89 | 0/4 |
| Mehrere schwer verletzte Patienten | | 1,44 | 0,87 | 0/4 |
| Tödliche Verletzung Kollege – Erfahrung | | 0,14 | 0,39 | 0/2 |
| Tod von Patienten | | 1,76 | 0,91 | 0/6 |

Anmerkung: maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) – 6 (in jedem Dienst)

- *Einsätze mit persönlich bekannten Opfern (BO)*, ergab sich als eigener Gegenstandsbereich, der extreme Einsätze umfasst, bei denen persönlich bekannte Personen Opfer wurden.

Tabelle 3: Maßzahlen ausgeschlossener Variablen (Items)¹⁶ (n = 142)

| | M | SD | Min/Max |
|---|------|------|---------|
| lebensbedrohliche Einsätze* | 1,14 | 1,34 | 0/6 |
| Kamerad tödlich verletzt* | 0,03 | 0,22 | 0/2 |
| Kamerad verletzt beim Einsatz* | 0,82 | 0,87 | 0/6 |
| Einsatz bei Großschadenslagen** | 1,12 | 1,17 | 0/6 |
| körperlich verletzt beim Einsatz* | 0,33 | 0,65 | 0/6 |
| unerwünschte Zuschauer* | 1,76 | 1,38 | 0/6 |
| unübersichtliche Einsatzstelle* | 1,81 | 1,16 | 0/6 |
| gestörter Funk* | 1,44 | 1,57 | 0/6 |
| unklare Anweisungen von Leitstelle* | 1,01 | 1,22 | 0/6 |
| Entscheidungen mit unabsehbaren Folgen* | 0,94 | 1,46 | 0/6 |
| Entscheidungen ohne Infos treffen* | 1,18 | 1,40 | 0/6 |
| fachfremde Personen kritisierten/kommentierten* | 1,24 | 1,36 | 0/6 |

Anmerkungen: * Ausschlussgrund hohe Ladungskoeffizienten auf mindestens zwei Faktoren
 ** Ausschlussgrund deutlich höhere interne Konsistenz der Skala unter Ausschluss des Items

Zur Konstruktion der endgültigen Version des Messinstruments wurden solche Variablen ausgeschlossen, deren Ladungskoeffizienten $< 0,30$ waren sowie vergleichbar hohe Ladungskoeffizienten $> 0,30$ auf mindestens zwei Faktoren aufwiesen und daher nicht eindeutig zugeordnet werden konnten (vollständiger Itempool s. Tabelle-Anhang 9 bis Tabelle-Anhang 12, S. 284). Tabelle 3 enthält die Maßzahlen der aus den Skalen zur Erfassung von Anforderungen ausgeschlossenen Variablen.

Die vier Faktoren der endgültigen Struktur erklären rund 49% der Gesamtvarianz der Untersuchungsteilnehmer bei den eingeschlossenen Items.

¹⁶ Die ausgeschlossenen Items können inhaltlich einerseits „extremen Einsatzerfahrungen“, andererseits „Informationsdefizit, Informationsentzug“ zugeordnet werden.

Tabelle 4: Item- und Skalenanalyse des Instruments zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr (N = 364)

| | | M | SD | Min/Max |
|--|--------------|-------------|-------------|------------------|
| Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand (ERA) | $\alpha=,85$ | 0,88 | 0,65 | 0,00/4,09 |
| unklare Anweisungen von Vorgesetzten | | 0,93 | 1,11 | 0/6 |
| konnte sinnvolle Dinge nicht tun | | 1,04 | 1,24 | 0/6 |
| Abstimmungsprobleme zwischen Vorgesetzten | | 1,03 | 1,01 | 0/6 |
| unerfahrene Kameraden | | 0,64 | 1,02 | 0/6 |
| Kameraden ungenügend abgesprochen | | 1,36 | 1,24 | 0/6 |
| defekte Geräte/Armaturen | | 0,69 | 0,92 | 0/6 |
| Extremes Verhalten betroffener Personen | | 0,75 | 0,98 | 0/5 |
| Zuwendung zum Opfer als Schwäche | | 0,12 | 0,49 | 0/4 |
| in Geräte nicht ausreichend eingewiesen | | 0,28 | 0,66 | 0/4 |
| Zuständigkeiten von Organisationen nicht geklärt | | 0,87 | 1,06 | 0/6 |
| Behinderung durch Umwelteinflüsse | | 1,96 | 1,24 | 0/4 |
| Einsätze mit behinderden Rahmenbedingungen (BR) | $\alpha=,88$ | 2,21 | 1,26 | 0,00/5,50 |
| Behinderung durch Verkehr | | 3,21 | 1,96 | 0/6 |
| Lage Einsatz anders als Infos | | 2,13 | 1,49 | 0/6 |
| Einsatzstelle schwer erreichbar | | 2,56 | 1,69 | 0/6 |
| Infos Leitstelle nicht eindeutig | | 2,16 | 1,54 | 0/6 |
| Gefährdung durch Verkehr | | 1,90 | 1,78 | 0/6 |
| von fachfremden Personen kontrolliert | | 2,08 | 1,97 | 0/6 |
| Verantwortung für Leben kam | | 2,55 | 2,10 | 0/6 |
| Probleme bei Zusammenarbeit Organisation | | 1,14 | 1,21 | 0/6 |

| Fortsetzung von Tabelle 4 | | M | SD | Min/Max |
|--|--------------|-------------|-------------|------------------|
| Einsätze mit Extremforderungen (EXE) | $\alpha=,88$ | 1,28 | 0,81 | 0,00/5,86 |
| Einsatz mit Toten | | 1,80 | 1,23 | 0/6 |
| Anblick von entstellten Opfern | | 1,39 | 1,04 | 0/6 |
| Personen konnten nicht gerettet werden | | 1,30 | 1,11 | 0/6 |
| Einsatz mit Schwerverletzten | | 1,76 | 1,04 | 0/6 |
| verletzte Personen waren Kinder | | 0,78 | 0,92 | 0/6 |
| konnten nicht allen sofort helfen | | 0,39 | 0,71 | 0/5 |
| mit Gefahrstoffen konfrontiert | | 1,50 | 1,18 | 0/6 |
| Einsätze mit persönlich bekannten Opfern (BO) | $\alpha=,85$ | 0,62 | 0,81 | 0,00/5,00 |
| Familien von Opfern waren mir bekannt | | 0,64 | 0,91 | 0/6 |
| Personen waren bekannt | | 0,61 | 0,81 | 0/5 |

Anmerkung: maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) – 6 (in jedem Dienst)

Signifikante Zusammenhänge ergeben sich zwischen allen Subskalen. Die Korrelationskoeffizienten liegen dabei zwischen ,12 und ,66 (Tabelle 5). Obwohl das Messinstrument in vier Faktoren unterschiedliche Anforderungs- und Belastungsaspekte abbildet, sind die Faktoren nicht gänzlich voneinander unabhängig. Analog zum Fragebogen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst werden eher unterschiedliche Aspekte von Anforderungen und Belastungen im Feuerwehrdienst erhoben (s. 5.3.2.1.1).

Tabelle 5: Interkorrelation der Belastungsskalen (n = 359)

| | ERA | BR | EXE |
|-----|--------|--------|--------|
| BR | ,63*** | – | ,66*** |
| EXE | ,66*** | ,66*** | – |
| BO | ,19*** | ,12* | ,26*** |

Anmerkungen: ERA = Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand
BR = Einsätze mit hindernden Rahmenbedingungen
EXE = Einsätze mit Extremforderungen
BO = Einsätze mit bekannten Opfern
* = Korrelationskoeffizienten signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,05$
*** = auf einem Niveau von $p < ,001$

Aussagen zur konvergenten und diskriminanten Validität können für das Instrument zur Erfassung von Anforderungen bei der freiwilligen und Berufsfeuerwehr bisher nicht erfolgen. Die Gegenstandsbereiche des Messinstruments ergeben vergleichbare Werte bei Gruppen mit unterschiedlicher Berufserfahrung. Die Skala "Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen" misst deutlich höhere Werte bei mittleren Altersquartilen, ihre Aussagekraft ist daher für unterschiedliche Altersgruppen eingeschränkt (s. Tabelle-Anhang 18 und Tabelle-Anhang 19, S. 290/291).

Lediglich erweitert und wegen der klar unterschiedlichen Organisationsform von freiwilliger und Berufsfeuerwehr nicht in die Gesamtanalyse der Fragebogenstruktur aufgenommen, wurden Anforderungen, die sich aus der Arbeitszeit ergeben können. Sie werden für weitere Berechnungen als unabhängige Gegenstandsbereiche mit unterschiedlichen Inhalten für freiwillige und Berufsfeuerwehren berücksichtigt (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Item- und Skalenanalyse zur Erfassung von Anforderungen aus der Arbeitszeit bei freiwilligen und Berufsfeuerwehren (N=364)

| | | M | SD | Min/Max |
|--|--------------|-------------|-------------|--------------|
| AZF | $\alpha=,76$ | 1,76 | 0,92 | 0/4,4 |
| Arlarm zwischen 22:00 u. 6:00 | | 2,73 | 1,44 | 0/6 |
| mehrere Einsätze am Tag | | 1,95 | 1,50 | 0/6 |
| kaum Zeit für Pausen im Einsatz | | 0,68 | 0,88 | 0/4 |
| nach Einsatz in der Nacht wieder arbeiten | | 1,17 | 1,19 | 0/6 |
| konnte wegen Arbeit nicht zum Einsatz | | 2,28 | 1,41 | 0/6 |
| AZB | $\alpha=,62$ | 3,11 | 0,95 | 1,5/7 |
| musste länger als 12h arbeiten | | 4,60 | 2,10 | 0/6 |
| Machte Überstunden | | 2,81 | 1,72 | 0/6 |
| Dienst zwischen 22:00 und 6:00 | | 4,95 | 1,70 | 0/6 |
| Einsatz kurz vor Dienstschluss | | 2,49 | 1,12 | 0/6 |
| zuviele aufeinanderfolgenden Einsätzen gerufen | | 2,20 | 1,44 | 0/6 |
| Kam kaum dazu Pausen zu machen | | | | |

Anmerkungen: AZF = Anforderungen aus der Arbeitszeit freiwilliger Feuerwehren
 AZB = Anforderungen aus der Arbeitszeit beruflicher Feuerwehren
 maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) – 6 (in jedem Dienst)

Die Ausprägung (Häufigkeit), mit der die in den Aussagen beschriebenen Situationen erlebt werden, ist bei Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr zwar erwartungsgemäß deutlich höher, aufgrund der unterschiedlichen Itemstruktur kann ein direkter Vergleich aber nicht erfolgen. Die Zuverlässigkeit (Cronbachs alpha) der Skala „Anforderungen aus der Arbeitszeit bei freiwilligen Feuerwehren“ (AZF) ist genügend, die der Skala „Anforderungen aus der Arbeitszeit bei Berufsfeuerwehren“ (AZB) ist dagegen nicht befriedigend.

5.3.2.1.3 Zusammenfassende kritische Bewertung der Messinstrumente

Durch die Ergänzung, Modifikation und Erweiterung des Instruments zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst (s. 5.3.2.1.1) in den Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr, konnte die Güte und Zuverlässigkeit des Messinstruments verbessert werden. Die Aussagekraft für unterschiedliche Altersgruppen muss zum Zeitpunkt der Auswertung dieser Erhebung für eine Skala muss weiter kritisch beurteilt werden.

Die Ergebnisdiskussion zu Zusammenhängen von Anforderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Rettungsdienst erfolgt vor dem Hintergrund

- der u.U. eingeschränkten alters- und berufserfahrungsübergreifenden Gültigkeit bestimmter Skalen des Messinstruments,
- der bisher nicht erfolgten Überprüfung der konvergenten und diskriminanten Validität sowie
- der eingeschränkten Zuverlässigkeit der Skala „Komplexe Einsatzsituationen“ (s. Tabelle 2, S. 107).

Die Ergebnisdiskussion zu Zusammenhängen von Anforderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr erfolgt vor dem Hintergrund

- der u.U. eingeschränkten altersübergreifenden Gültigkeit einer Skala des Messinstruments (Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen) und
- der bisher nicht erfolgten Überprüfung der konvergenten und diskriminanten Validität sowie
- der eingeschränkten Zuverlässigkeit der Skala „Anforderungen aus der Arbeitszeit bei Berufsfeuerwehren“ (s. Tabelle 6, S. 111).

5.3.2.2 Wohlbefinden

Becker (1994) definierte Wohlbefinden als ein in mehrere Ebenen gegliedertes Konstrukt, das *ein* Kriterium der subjektiven Gesundheit darstellt. Eine Differenzierung kann erfolgen in aktuelles und habituelles sowie in körperliches und psychisches Wohlbefinden (vgl. auch Frank, 1994). In der WHO-Gesundheitsdefinition wird diese Dimensionierung um soziales Wohlbefinden ergänzt (vgl. Franzkowiak & Sabo, 1998). Bei der Betrachtung mittel- und langfristiger Folgen von Einflüssen der Arbeitswelt ist es zweckmäßig, den Schwerpunkt eher auf eine überdauernde Form von Wohlbefinden zu setzen (habituelles Wohlbefinden). Es können sowohl Faktoren und Merkmale der Person (u.a. Motivation, Temperament) als auch Aspekte der Umwelt das Wohlbefinden beeinflussen (Becker, 1994; Zapf, 1994). Daher kann auch die Arbeitswelt als Einflussfaktor für das Wohlbefindens angenommen werden (Becker, 1994).

Ein potenzieller Zusammenhang zwischen Aspekten der Arbeitswelt und dem Wohlbefinden kann von bestimmten Beanspruchungsfolgen (z.B. Burnout) verstärkt oder abgeschwächt werden (Moderator- und/oder Mediatoreffekte). Das langfristige Wohlbefinden wäre dann eher als relativ stabile personale Eigenschaft zu werten, die solange von externen Faktoren unbeeinflusst bleibt, bis diese zu langfristigen körperlichen bzw. psychischen Beanspruchungsfolgen geführt haben.

5.3.2.3 Burnout

Der Begriff „Burnout“ wird in der psychologischen Forschung etwa seit Mitte der 1970-er Jahre verwendet. Die meisten Burnoutuntersuchungen erfolgten bei Interaktions- und helfenden Berufen, zunehmend aber auch bei anderen Berufsgruppen (vgl. Enzmann & Kleiber, 1989; Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Rösing, 2003). Burnout wurde bisher aus verschiedenen Perspektiven heraus untersucht und diskutiert. *Individuenzentrierte Burnoutkonzepte* sehen insbesondere die Person des („hilflosen“) Helfers als bedeutenden Einflussfaktor (z.B. zu hohe Erwartungen oder Narzismus) (vgl. Schmidbauer, 1977; Freudenberger & Richelson, 1983; Edelwich & Brodsky, 1984). Konzepte, die Burnout aus einer *arbeitsorganisatorischen* Perspektive heraus betrachten, stellen insbesondere Einflüsse und Auswirkungen der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen helfender Berufe in den Mittelpunkt ihres Interesses (vgl. Cherniss, 1980, 1999; Maslach & Jackson, 1984; Pines, Aronson & Kafry, 1987). Insbesondere aus einer arbeitsorganisatorischen und arbeitspsychologischen Perspektive heraus wurde Burnout in der Vergangenheit vielfach empirisch untersucht (Golembiewski, Munzenrieder & Carter, 1983; Enzmann & Kleiber, 1989; Gusy, 1995; Demerouti & Nachreiner, 1996; Enzmann, 1996). Die bisher einflussreichste Burnoutdefinition unter einer arbeitsorganisatorischen Perspektive wurde von Maslach und Jackson (1984) abgeleitet. Burnout ist danach ein Syndrom von *emotionaler Erschöpfung*, *Depersonalisierung* und *reduziertem Wirksamkeitserleben*.

Emotionale Erschöpfung umfasst Zustände wie Resignation, Hilflosigkeit, Nervosität und Müdigkeit und wird konzeptionell als Resultat einer emotional belastenden Helfer-Klienten-Beziehung angesehen. Dabei wird vorausgesetzt, dass „überanstrengende“ Interaktionen zwischen Helfer und Klienten stattfanden, emotionale Erschöpfung resultiert demnach nicht aus einer Unterforderung. In Quer- und Längsschnittsuntersuchungen lieferten bisher aber hauptsächlich arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen einen bedeutsamen Erklärungsbeitrag für die emotionale Erschöpfung, während der Einfluss einer belastenden „Helfer-Klienten-Interaktion“ eher vernachlässigt werden kann (Enzmann, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). *Depersonalisierung* umschreibt einen zynisch-distanzierten Umgang des „Helfers“ mit dem Patienten und wird konzeptionell als Coping-Versuch einer emotionalen Überanstrengung des emotional erschöpften Helfers gesehen. Die dritte Dimension von Burnout umschreiben Maslach & Jackson (1984) als *reduziertes Wirksamkeitserleben*. Darunter wird die Bewertung des Helfers zusammengefasst, zentralen beruflichen Standards nicht mehr zu genügen. Die Beziehung dieser Dimension zu den vorher genannten ist von größerer Komplexität als die Beziehung von emotionaler Erschöpfung zu Depersonalisierung. Zum einen kann reduziertes Wirksamkeitserleben auf emotionale Erschöpfung zurückgeführt werden, weil emotionale Erfahrungen zum Anforderungsprofil helfender Berufe gehören, denen, wenn sie zu emotionaler Erschöpfung führten, subjektiv nicht (mehr) entsprochen wird. Der bisherige Kenntnisstand über Zusammenhänge zwischen den Arbeitsanforderungen und der emotionalen Erschöpfung lässt aber eher die These zu, dass emotionale Erschöpfung den Zusammenhang zwischen ungünstigen Arbeitsbedingungen und reduziertem Wirksamkeitserleben mediiert (vgl. Enzmann, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). Zudem kann ein depersonalisierter Umgang mit dem Klienten dazu führen, dass er unzufriedener mit dem Ergebnis der Interaktion ist, was vom Helfer wahrgenommen wird, der sich im Ergebnis als weniger erfolgreich, leistungsfähig und wirksam in seiner Arbeit erlebt.

Maslach und Jackson (1981, 1986) entwickelten ein Instrument, das die drei postulierten Burnoutdimensionen erfassen soll. Das Maslach Burnout Inventory (MBI) wurde bisher am häufigsten eingesetzt und ist international am weitesten verbreitet. Die Burnoutkomponenten werden entsprechend der theoretischen Dimensionierung auf drei Skalen mit einer zufriedenstellenden Messgenauigkeit der deutschen Version erhoben. Eine deutsche Version entwickelten Enzmann & Kleiber (1989). Das MBI umfasst in dieser Version 22 Items (vgl. Gusy, 1995; Enzmann, 1996), die drei Faktoren entsprechend der Burnoutdimensionen zugeordnet werden können. In verschiedenen Studien wurde die deutschsprachige Version des MBI psychometrisch untersucht, wobei sich die Faktoren nicht immer dem theoretischen Konstrukt folgend reproduzieren ließen. Ausgehend von den Ergebnissen von Enzmann & Kleiber (1989), kann aber einer dreifaktoriellen Struktur entsprechend der drei Burnoutdimensionen gefolgt werden (s. auch Gusy, 1995; Enzmann, 1996). Demerouti und Nachreiner (1996) z.B. konnten diese Struktur anhand einer Stichprobe von 196 Krankenpflegepersonen nicht reproduzieren.

Für den Bereich Rettungsdienst und Feuerwehr liegen nur wenige Veröffentlichungen vor, die als Folge der Arbeit Burnout untersuchten (vgl. Grigsby & McKnew, 1988; Alexander & Klein, 2001; Reinhard & Maercker, 2004). Ausgehend von den Ergebnissen kann angenommen werden, dass etwa ein Drittel der Einsatzkräfte im Rettungsdienst sowie der Feuerwehr hohe Burnoutwerte aufweisen (Messinstrument MBI) (Alexander & Klein, 2001). Mit Burnout standen insbesondere ein geringer Berufserfolg, wenig Erholungszeit zwischen den Einsätzen, und eine hohe Einsatzfrequenz in Zusammenhang (Alexander & Klein, 2001). Daneben konnten auch ungünstige Beziehungen zwischen den Kollegen und die Wahrnehmung physischer Gefährdung einen hohen Varianzanteil des Burnoutsyndroms aufklären (Grigsby & McKnew, 1988). Reinhard & Maercker (2004) konnten in ihrer Untersuchung einen hohen Erklärungsbeitrag von Burnout (insbesondere die Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung) für alle posttraumatischen Symptome ermitteln. Ausgebrannte Einsatzkräfte sind nach extremen Einsatzerfahrungen offensichtlich stärker gefährdet, posttraumatische Symptome zu entwickeln als nicht ausgebrannte. In diesem Zusammenhang bekommen Belastungen, die sich aus arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen ergeben und tätigkeitsspezifische Merkmale die Einfluss auf Burnout haben, auch Bedeutung für die organisationsbezogene Primärprävention posttraumatischer Reaktionen bei Einsatzkräften. Insofern ist Burnout offensichtlich *ein* wesentliches Vulnerabilitätsmaß im Rettungsdienst.

5.3.3 Fragestellungen und Methodik

Zunächst ist von Interesse, wie häufig potenziell belastende Merkmale der Arbeitstätigkeit und arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen von Einsatzkräften im Rettungsdienst und der freiwilligen sowie Berufsfeuerwehren erlebt werden. Im einzelnen werden Regulationshindernisse (vgl. Kleiber, Gusy, Enzmann & Beerlage, 1992), quantitative Überforderung (Zeitdruck), Extreme Einsatzmerkmale (z.B. die Gefahr für Leib und Leben), Komplexe Einsatzsituationen (z.B. mehrere Verletzte), Behindernde Einsatzbedingungen (z.B. Verständigungsprobleme) sowie Merkmale der Arbeitszeit (Nachtarbeit, lange Arbeitszeiten) in die Untersuchung einbezogen. Zudem soll geklärt werden, welche Größenordnung Burnout und ein geringes Wohlbefinden haben.

Zum Zeitpunkt Juli 2004 können Ergebnisse über Zusammenhänge zwischen Anforderungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen unterhalb der Krankheitsschwelle für Einsatzkräfte im Rettungsdienst vorgestellt werden. Der derzeitige Auswertungsstand bei Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehren lässt nur eine deskriptive Darstellung zu. Im Rahmen der hier vorgestellten Studie wird auch untersucht, welchen Einfluss soziale Ressourcen (wahrgenommene soziale Unterstützung aus verschiedenen Quellen) und personale Ressourcen (Sense of Coherence) auf mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeit und geringem Wohlbefinden bzw. Burnout haben. Darauf wird an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen.

5.3.4 Das Erhebungsinstrument

Zunächst wurde ein Fragebogen für die Untersuchung im Rettungsdienst entwickelt. Darauf aufbauend wurden weitere Instrumente für freiwillige und Berufsfeuerwehren erstellt. Die Fragebögen setzen sich aus selbst entwickelten Skalen sowie aus erprobten Messinstrumenten zusammen, die sich in vier Teile gliedern (s. Anhang).

Im *ersten Teil* wurden soziodemografische Angaben, u.a. Lebensalter, Berufserfahrung im Rettungsdienst, Anteil, den Rettungsdienst an der Gesamtarbeitszeit einnimmt usw., erfasst.

In den *zweiten Teil* gingen zum einen typische Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst, der freiwilligen und Berufsfeuerwehren mit einem für diese Untersuchung entwickelten Messinstrument ein. Dabei sollten Aussagen, die inhaltlich und faktorenanalytisch den Bereichen *Extreme Einsatzmerkmale*, *Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz*, *Komplexes Einsatzgeschehen*, *Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand* und *Arbeitszeit* zugeordnet werden können, nach der Häufigkeit ihres Erlebens bewertet werden (s. 5.3.2.1). Auf Einzelheiten der Entwicklung der Messinstrumente zur Erfassung der Anforderungen im Rettungsdienst sowie der Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehren wurde unter 5.3.2.1 näher eingegangen. Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst, der freiwilligen und Berufsfeuerwehren wurden mit einem standardisierten Messinstrument erfasst (Kleiber, Gusy, Enzmann & Beerlage, 1992). Situationen, die zu behindernden arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen (Regulationshindernisse) und quantitativer Überforderung (operationalisiert mit Zeitdruck) zusammengefasst werden können, sollten nach Häufigkeit und Intensität ihres Erlebens eingeschätzt werden, wobei für die Berechnung lediglich Häufigkeitsmaße von Bedeutung waren.

Im *dritten Teil* wurden mit standardisierten Messinstrumenten Beanspruchungsfolgen (Burnout in der Konzeption von Maslach & Jackson (1984) sowie habituelles körperliches, allgemeines und psychosoziales Wohlbefinden) erfasst. Burnout wurde mit dem MBI in der zweiten Fassung, deutschsprachige Version (Maslach & Jackson, 1986; Enzmann & Kleiber, 1989) gemessen. Von den Untersuchungsteilnehmern waren Aussagen, die die drei Burnoutkomponenten umschreiben, nach der Häufigkeit des Erlebens zu bewerten. Habituelles körperliches Wohlbefinden wurde mit den Skalen *Vitalität*, *Belastbarkeit* und *Innere Ruhe* des „Fragebogens zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens“ (FEW 16) (Kolip & Schmidt, 1999) erhoben, habituelles allgemeines, psychosoziales Wohlbefinden mit dem „Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden“ (MHW) (Herda, Scharfenstein & Basler, 1998). Aussagen in den Items waren danach zu bewerten ob, bzw. wie sehr zutreffend sie sind.

Im *vierten Teil* wurden soziale und personale Ressourcen erfasst, sowie speziell für Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehren, die Wahrnehmung der Verfügbarkeit, Inanspruchnahme sowie die Bewertung von PSNV-Angeboten (z.B. Notfallseelsorge, KIT). Auf deren Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet.

5.3.5 Datenauswertung

Die Einträge der Fragebögen wurden nach dem Eingang auf Vollständigkeit überprüft. Die Eingabe, Berechnung deskriptiver Statistik und die nachfolgenden Datenanalysen erfolgten mit der Statistiksoftware SPSS 12.0[®]. Es wurden zunächst Maße der zentralen Tendenz (Mittelwerte, Standardabweichung, Range) der zu untersuchenden Variablen berechnet, anschließend korrelative Zusammenhänge und der Einfluss potenziell prädiktiver Variablen (z.B. Merkmale der Arbeitsorganisation) auf bestimmte Kriteriumsvariablen (Burnout und Wohlbefinden) mit multipler schrittweiser Regression. Die Überprüfung von Zusammenhangsannahmen erfolgte zum Zeitpunkt der Berichtssetzung nur für Einsatzkräfte im Rettungsdienst.

5.3.6 Ergebnisse Anforderungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Rettungsdienst

5.3.6.1 Rücklauf

291 Fragebögen wurden über Einsatzbehörden und -organisationen in Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen an hauptberuflich im Rettungsdienst tätige Einsatzkräfte verteilt. 142 Fragebögen (60 Berlin; 82 Sachsen-Anhalt und Thüringen) wurden bis zum Januar 2004 von Einsatzkräften im Rettungsdienst zurückgesendet. Insgesamt entspricht das einer Rücklaufquote von 49%.

5.3.6.2 Stichprobencharakteristika

In der Stichprobe sind überwiegend männliche Rettungsdienstmitarbeiter (94,9%), die mehrheitlich in einer festen Partnerschaft leben (86%), repräsentiert. Der größte Anteil der Berliner Stichprobe (96,7%) ist in öffentlich-rechtlichen Arbeitsverhältnissen beschäftigt, aber lediglich 2,5% der repräsentierten Einsatzkräfte aus Sachsen-Anhalt und Thüringen. Dagegen sind Einsatzkräfte aus Sachsen-Anhalt und Thüringen mehrheitlich bei Hilfsorganisationen angestellt 92,4%. Der Anteil Berliner Einsatzkräfte dieser Stichprobe, die in Hilfsorganisationen beschäftigt sind, ist mit ca. 3% sehr gering. Insgesamt sind zum Untersuchungszeitpunkt ca. 3% der Einsatzkräfte bei privaten Arbeitgebern angestellt gewesen. 55% der Studienteilnehmer haben einen Berufsabschluss als Rettungsassistent, ca. 44% sind Rettungssanitäter, alle übrigen haben eine Qualifikation als Rettungshelfer. Dabei ist der Anteil der Einsatzkräfte aus Sachsen-Anhalt und Thüringen mit einem Berufsabschluss Rettungsassistent deutlich höher als in Berlin. Die rettungsdienstliche Qualifikation kann bei Berlinern dennoch als gleichwertig eingeschätzt werden, weil der größte Anteil der Berliner Einsatzkräfte bei der Berliner Berufsfeuerwehr angestellt ist und daher die Laufbahnprüfung im mittleren feuerwehrtechnischen Dienst absolviert haben müsste. Die berufliche Absicherung der Rettungsdienst-Einsatzkräfte in Berlin ist durch den hohen Anteil

unbefristeter Beschäftigungsverhältnisse (96,7%) besser als in Sachsen-Anhalt und Thüringen mit 72,2%. Neben unbefristeten und befristeten Arbeitsverhältnissen wurden auch Pauschalvergütung (3,6%) sowie ehrenamtliche Beschäftigung angegeben (1,4%).

Durchschnittlich waren die Studienteilnehmer 35,2 Jahre (SD: 7,9 Jahre), hatten 12,9 Jahre Berufserfahrung im Rettungsdienst (SD: 11,1), haben eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 48,6 Stunden (SD: 8,4) und zu ca. 75,9% (SD: 19,7) ihrer Arbeitszeit mit rettungsdienstlichen Aufgaben betraut (Rest: Feuerwehr bzw. Krankentransport).

5.3.6.3 Ergebnisse der Untersuchung

5.3.6.3.1 Anforderungen und Belastungen im Rettungsdienst

Es wurde zunächst untersucht, welche arbeitsorganisatorischen und tätigkeitsspezifischen Merkmale im Rettungsdienst relevant sind und wie häufig sie erlebt wurden¹⁷. Einen Überblick zu den Häufigkeitsmaßen der untersuchten Anforderungs- und Belastungsvariablen enthält Abbildung 16.

Insgesamt erleben Rettungsdienstler extrem belastende Situationen und behindernde arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen seltener als einmal im Monat (MW = 0,9–1,5). Komplexe Einsatzgeschehen, die eine hohe Konzentration, eine hohe rettungsdienstliche Kompetenz oder hohe quantitative Anforderungen stellen (z.B. durch eine große Anzahl verletzter Personen) sowie Situationen mit quantitativer Überforderung (Zeitdruck), wurden durchschnittlich ca. einmal monatlich (MW = 1,6–2,0) erlebt. Am häufigsten (ein- bis mehrmals wöchentlich) werden behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz wie z.B. schwer erreichbare Einsatzstellen, uneindeutige Informationen oder Behinderung während Einsatzfahrten sowie lange und ungünstige Arbeitszeiten (> 12h sowie Nacharbeit) erlebt (MW = 3,5–4,8).

17 1–2 = seltener als einmal monatlich

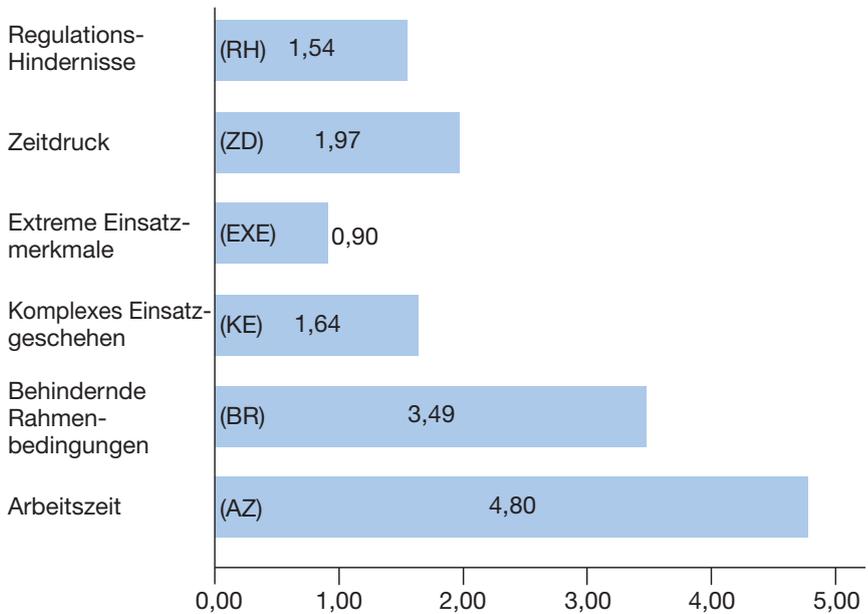
2–3 = maximal einmal im Monat

3–4 = maximal einmal je Woche

4–5 = mehrmals in der Woche

5–6 = nahezu täglich

Abbildung 16: Mittelwerte arbeitsorganisatorischer und tätigkeitsspezifischer Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst (n = 141)



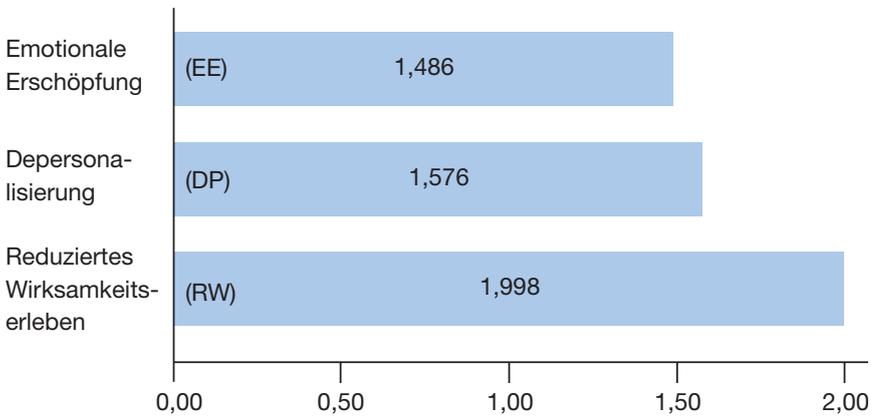
Anmerkung: maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) - 6 (in jedem Dienst)

5.3.6.3.2 Burnout im Rettungsdienst

Burnout wurde dem theoretischen Konzept folgend dreidimensional erhoben (Maslach & Jackson, 1984). Die Mittelwerte der Skalen bilden sich aus Nennungen zur Häufigkeit des Erlebens der in den Items beschriebenen Situationen (Skalenrange 0–6). Sie bewegen sich im Mittel zwischen 1,5 und 2,0. Dabei werden Situationen, die als reduziertes Wirksamkeitserleben zusammengefasst werden können, am häufigsten und Erfahrungen emotionaler Erschöpfung am seltensten erlebt (Abbildung 17).

Einsatzkräfte im Rettungsdienst sind im Vergleich mit bisher untersuchten, psychosozialen Berufsgruppen weniger emotional erschöpft, dabei aber höher depersonalisiert und fühlen sich weniger wirksam in ihrer Arbeit (vgl. Enzmann & Kleiber, 1989; sowie Daten der ABBA-Studie (Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich): Kleiber, Gusy, Enzmann & Beerlage, 1992; Gusy, 1995; Enzmann, 1996).

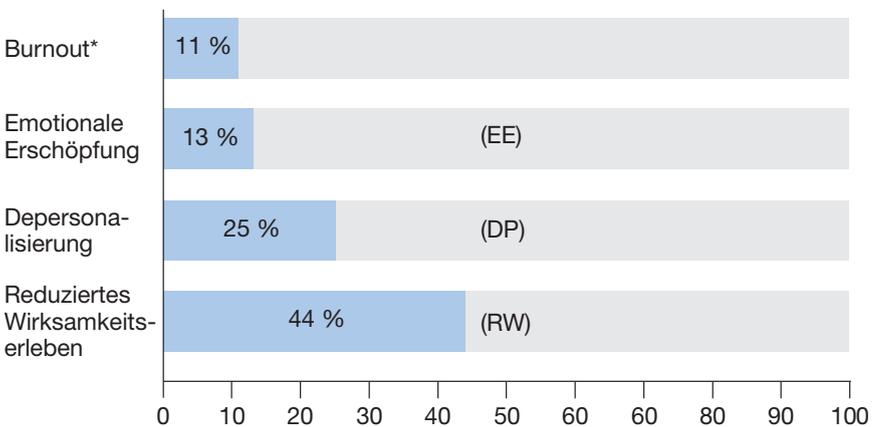
Abbildung 17: Burnoutmaße im Rettungsdienst (n = 138)



Anmerkung: maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) - 6 (in jedem Dienst)

Anhand der Vergleichswerte zur Burnoutausprägung nach der amerikanischen Normierung des MBI (vgl. Gusy, 1995) wird deutlich, dass stichprobenübergreifend zwischen 13 und 44% der Rettungsdienstler hohe Ausprägungen bei bestimmten Burnoutkomponenten aufweisen. Als hochgradig ausgebrannt, also mit hohen Werten bei allen Burnoutdimensionen, können 11% der Rettungsdienstler bezeichnet werden. Insbesondere der hohe Anteil der Rettungsdienstler, die sich als reduziert wirksam in ihrer Arbeit fühlen, also einschätzen, dass sie zentrale berufliche Standards nicht erfüllen, ist auffällig (Abbildung 18).

Abbildung 18: Prozentualer Anteil von Einsatzkräften im Rettungsdienst mit hohen Burnoutmaßen (n = 138)

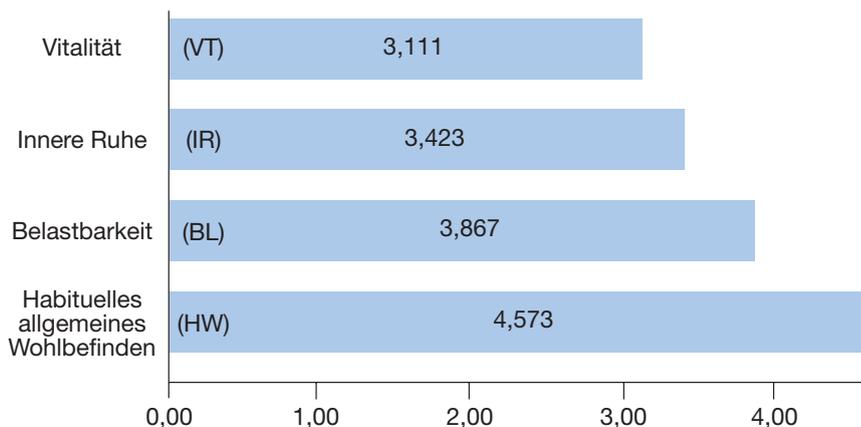


Anmerkung: * hohe Ausprägung bei allen Burnoutdimensionen
Basis US-amerikanische Normierung (Enzmann & Kleiber, 1989)

5.3.6.3.3 Wohlbefinden im Rettungsdienst

Für habituelles körperliches Wohlbefinden wurden Mittelwerte zwischen 3,1 und 3,9 (maximale Spannweite 0–5) ermittelt, für das habituelle psychosoziale Wohlbefinden liegt der Mittelwert bei 4,6 (maximal möglicher Range 1–6) (Abbildung 19). Im Vergleich mit Klinikstichproben, an denen die Messinstrumente überprüft wurden, haben Einsatzkräfte im Rettungsdienst erwartungsgemäß wesentlich höhere Werte, fühlen sich also körperlich und allgemein wohler als Patientenchproben (vgl. Herda, Scharfenstein & Basler, 1998; Kolip & Schmidt, 1999). Obwohl bestimmte potenziell belastende Merkmale der Arbeit sowie bestimmte Burnoutdimensionen hohe Mittelwerte aufweisen, also eine relativ hohe Belastung annehmen lassen, sind die Wohlbefindensmaße im Mittel relativ hoch. Nachfolgend muss überprüft werden, ob und wie sich Belastungen und Burnout auf das Wohlbefinden im Rettungsdienst auswirken, weil angenommen werden kann, dass bei hochbelasteten und ausgebrannten Einsatzkräften ungünstige Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu erwarten sind.

Abbildung 19: Wohlbefindensmaße (n = 133)



Anmerkungen: HW = max. Intervall 1-6
BL = max. Intervall 0-5
IR = max. Intervall 0-5
VT = max. Intervall 0-5

5.3.6.3.4 Auswirkungen der Arbeit im Rettungsdienst

Das häufige Erleben extremer Einsatzmerkmale und behindernder Rahmenbedingungen im Einsatz sowie ungünstige Arbeitszeiten steht im Zusammenhang mit einem größerem Ausmaß an Erschöpfung und einem zynisch, distanzierten Umgang mit dem Patienten. Das Wirksamkeitserleben ist bei Rettungsdienstlern umso größer, je häufiger Einsätze nicht planmäßig ablaufen, hohe Anforderungen an rettungsdienstliches und medizinisches Wissen stellen und zu ungünstigen Arbeitszeiten stattfinden. Offenbar werden diese Aufgaben und Rahmenbedingungen von Einsatzkräften im Rettungsdienst als zentrale berufliche Standards

Tabelle 7: Korrelationsmatrix Belastungen, Burnout und Wohlbefinden (n = 138)

| | EE | DP | RW | HW | VT | BL | IR |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Emotionale Erschöpfung (EE) | 1 | -,59*** | -,30*** | -,33*** | -,55*** | -,18* | -,34*** |
| Depersonalisierung (DP) | -,59*** | 1 | -,15 | -,22* | -,28** | -,13 | -,14 |
| Reduziertes Wirksamkeitserleben (RW) | -,30*** | -,15 | 1 | -,37*** | -,22* | -,23** | -,26** |
| Extreme Einsatzmerkmale (EXE) | -,37* | -,43** | -,03 | -,11 | -,24** | -,07 | -,04 |
| Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz (BR) | -,19* | -,24** | -,18* | -,06 | -,15 | -,05 | -,01 |
| Arbeitszeit (AZ) | -,24** | -,19* | -,20* | -,07 | -,16 | -,13 | -,06 |
| Komplexes Einsatzgeschehen (KE) | -,07 | -,09 | -,22* | -,02 | -,11 | -,23 | -,06 |
| Regulationshindernisse (RH) | -,39*** | -,42*** | -,02 | -,02 | -,15 | -,12 | -,08 |
| Zeitdruck (ZD) | -,36*** | -,37*** | -,14 | -,12 | -,20* | -,03 | -,04 |

Anmerkungen: * = Korrelationskoeffizienten signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,05$

** = auf einem Niveau von $p < ,01$

*** = auf einem Niveau von $p < ,001$

HW = habituelles allgemeines psychosoziales Wohlbefinden

VT = Vitalität

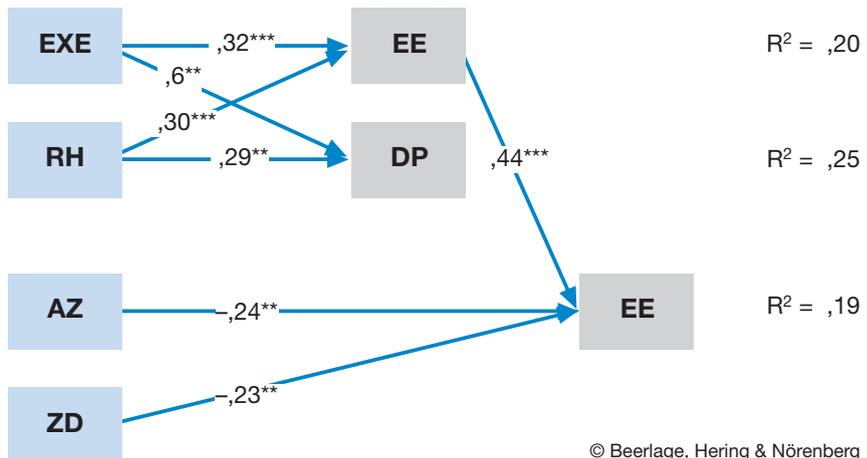
BL = Belastbarkeit

IR = Innere Ruhe

gesehen, die bezogen auf das Wirksamkeitserleben keine Belastungen darstellen. Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsanforderungen und Wohlbefinden waren nur schwach. Lediglich das häufige Erleben extremer Einsatzmerkmale und quantitativer Überforderung (Zeitdruck) steht im bivariaten Zusammenhang mit weniger Vitalität. Zudem sind Einsatzkräfte, die häufiger komplexe Einsätze mit hohen Anforderungen an rettungsdienstliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erleben, weniger belastbar. Hohe bivariate Korrelationen ergaben sich zwischen Burnout und Kriterien des überdauernden körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens (s. Tabelle 7).

Im Ergebnis multipler schrittweiser Regressionsanalysen leisten das häufige Erleben extremer Einsatzmerkmale und Regulationshindernisse in der Arbeit gemeinsam den größten Erklärungsbeitrag für die Burnoutdimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung (β zwischen ,26 und ,32) (vgl. Abbildung 20). Die aufgeklärte korrigierte Gesamtvarianz von Emotionaler Erschöpfung und von Depersonalisierung durch Extreme Einsatzerfahrungen und von Regulationshindernisse der Arbeit liegt zwischen 19% und 25%.

Abbildung 20: Signifikante Einflüsse von Belastungsvariablen auf Burnoutkomponenten im Ergebnis der Berechnung multipler Regressionsanalysen (n = 135)



Anmerkungen: berücksichtigt wurden ausschließlich β -Koeffizienten; Werte in Klammern: Berlin;

* = β -Koeffizienten signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,05$

** = auf einem Niveau von $p < ,01$

*** = auf einem Niveau von $p < ,001$

EE = Emotionale Erschöpfung

DP = Depersonalisierung

RW = Reduziertes Wirksamkeitserleben

EXE = Extreme Einsatzmerkmale

RH = Regulationshindernisse in der Arbeit

ZD = Zeitdruck;

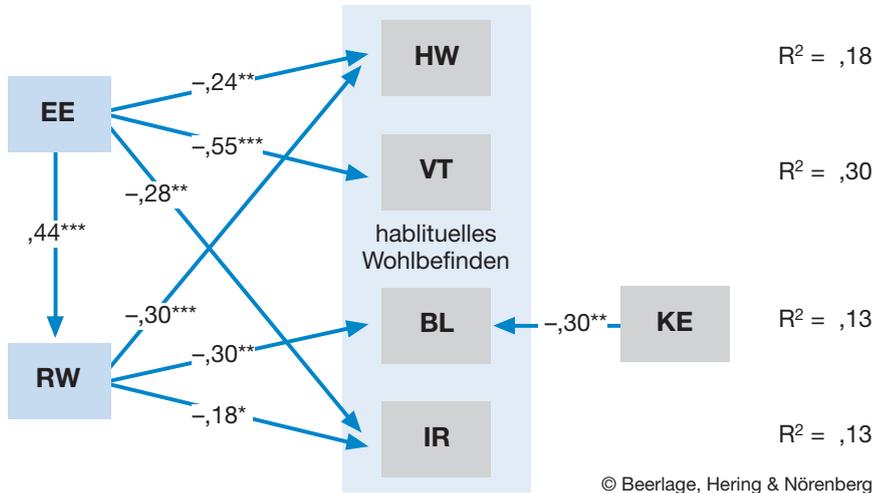
AZ = Arbeitszeit

Für weitere Merkmale der Arbeit konnte kein bedeutsamer Einfluss auf emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung ermittelt werden. Das Wirksamkeitserleben wird in hohem Maß von emotionaler Erschöpfung, ungünstiger Arbeitszeit und quantitativer Überforderung erklärt. Dabei hängt emotionale Erschöpfung mit einem geringeren Wirksamkeitserleben zusammen; häufige Dienste zu ungünstigen Arbeitszeiten und die Arbeit unter Zeitdruck stehen mit einem höheren Wirksamkeitserleben im Zusammenhang. Allgemein scheinen diese Merkmale von Einsatzkräften zu zentralen beruflichen Standards gezählt zu werden, dazu gehört offensichtlich auch, die Versorgung von Notfall-Patienten trotz Schichtarbeit und erlebten Zeitdrucks zu gewährleisten. Dennoch leistet emotionale Erschöpfung den größeren Erklärungsbeitrag für geringes Wirksamkeitserleben. D.h. auch das „erfolgreiche“ Agieren unter Zeitdruck und zu ungünstigen Zeiten kompensieren kaum den ungünstigen, das Wirksamkeitserleben schwächenden Einfluss der Burnoutkomponente emotionaler Erschöpfung. Anforderungen und Belastungen der Arbeit hängen somit sowohl direkt als auch indirekt mit der Burnoutkomponente reduziertes Wirksamkeitserleben zusammen.

Wohlbefinden steht in dieser Untersuchung nur in schwachem Zusammenhang mit tätigkeitsspezifischen Merkmalen und arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen im Rettungsdienst (s.o.). Es zeigen sich aber zwischen Burnout und habituellen allgemeinen sowie körperlichen Wohlbefinden signifikant negative Zusammenhänge. Ausgebrannte Einsatzkräfte fühlen sich nachvollziehbar weniger wohl.

Die Ergebnisse von Regressionsanalysen legen nahe, nicht in erster Linie Merkmale der Arbeit sondern bestimmte Burnoutkomponenten als relevante Prädiktoren für das überdauernde Wohlbefinden und die subjektive Gesundheit zu sehen (Abbildung 21). Den höchsten Erklärungsbeitrag für die Varianz beim Wohlbefinden leisten die Burnoutkomponenten Emotionale Erschöpfung und Reduziertes Wirksamkeitserleben, wobei sich der hohe Einfluss Emotionaler Erschöpfung auf die Vitalität z.T. auf die inhaltliche Ähnlichkeit der Items der Skala Emotionale Erschöpfung im MBI mit denen der Skala Vitalität des FEW 16 zurückführen lässt. Auf die Belastbarkeit von Einsatzkräften ergab sich nur von der Burnoutkomponente reduziertes Wirksamkeitserleben ein schwacher Einfluss. Das häufige Erleben komplexer Einsätze mit hohen Anforderungen an die rettungsdienstliche Kompetenz steht zudem mit geringer Belastbarkeit von Einsatzkräften im Rettungsdienst im Zusammenhang. Beide Einflussfaktoren klären 13% der Gesamtvarianz von Belastbarkeit, sie leisten daher nur einen geringen Erklärungsbeitrag für die Beeinträchtigung der Belastbarkeit von Einsatzkräften im Rettungsdienst. Weitere Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst beeinflussen das Wohlbefinden nicht. Aufgrund des bedeutsamen Einflusses bestimmter Merkmale der Arbeit im Rettungsdienst auf Burnout, den hohen Zusammenhang zwischen Burnout und Wohlbefinden sowie dem unbedeutenden Einfluss von Merkmalen der Arbeit auf das überdauernde Wohlbefinden kann angenommen werden, dass Burnout den Zusammenhang zwischen Belastungen und langfristigem Wohlbefinden mediiert.

Abbildung 21: Signifikante Einflüsse von Burnoutkomponenten auf Dimensionen habituellen Wohlbefindens im Ergebnis der Berechnung multipler Regressionsanalysen (n = 131)



Anmerkungen: berücksichtigt wurden ausschließlich b-Koeffizienten

* = signifikant auf einem Niveau von $p < ,05$

** = signifikant auf einem Niveau von $p < ,01$

*** = signifikant auf einem Niveau von $p < ,001$

EE = Emotionale Erschöpfung

RW = Reduziertes Wirksamkeitserleben

HW = habituelles allgemeines Wohlbefinden

VT = Vitalität

BL = Belastbarkeit

IR = Innere Ruhe

KE = Komplexe Einsatzsituationen

5.3.7 Ergebnisse

Anforderungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr

5.3.7.1 Rücklauf

Insgesamt wurden 915 Fragebögen an Einsatzkräfte der beruflichen (541) und freiwilligen Feuerwehren (374) der Bundesländer Berlin (610) und Sachsen-Anhalt (505) verteilt. Aus beiden Bundesländern wurden bis Ende Juni 2004 insgesamt 361 Fragebögen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt 39,5%. An der Untersuchung haben sich 253 Einsatzkräfte aus Sachsen-Anhalt (Rücklaufquote von 50%) und 108 Einsatzkräfte aus dem Land Berlin (Rücklaufquote von 26,3%) beteiligt. Die Auswertung erfolgt länderübergreifend in einer Stichprobe. Detaillierte Ergebnisse werden voraussichtlich im September 2004 vorliegen. Die Untersuchung erfolgte anonym, d.h. es sind keine

Rückschlüsse auf einzelne Wachen oder Personen möglich. Lediglich die Länderzugehörigkeit (Berlin und Sachsen-Anhalt) sowie die Feuerwehrzugehörigkeit (freiwillige bzw. berufliche Feuerwehr) konnte nachvollzogen werden.

5.3.7.2 Stichprobencharakteristika

An der Querschnittstudie haben insgesamt 253 (70,1%) Einsatzkräfte der freiwilligen (41,9%) und beruflichen (58,1%) Feuerwehr des Landes Sachsen-Anhalt sowie 108 (29,9%) Einsatzkräfte der freiwilligen (43,5%) und beruflichen (56,5%) Feuerwehr des Landes Berlin teilgenommen. In der Stichprobe sind vorwiegend männliche Feuerwehrereinsatzkräfte (95,3%) repräsentiert. Das Alter der Befragten lag im Mittel bei 37,45 Lebensjahren und reichte von 19 bis zu 60 Lebensjahren. Die Mehrheit (81,3%) der Stichprobenteilnehmer beider Bundesländer leben in einer festen Partnerschaft und haben Kinder (67,5%). Mehrheitlich haben die Studienteilnehmer einen Realschulabschluss (72,6%) erlangt und eine abgeschlossene Berufsausbildung (87,7%) vorzuweisen.

84,2% der Mitarbeiter der freiwilligen Feuerwehr sind derzeit erwerbstätig. Davon haben 46% einen Arbeitsplatz im Bereich Bau und Handwerk bzw. Verarbeitung und Produktion. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage nach der Dauer der Berufserfahrung und den Tätigkeitsbereichen von Einsatzkräften vor ihrer Beschäftigung in der Berufsfeuerwehr. 80,5% der Mitarbeiter waren in der Bau-, Handwerks- und Produktionsbranche beschäftigt. Insgesamt sind bzw. waren 63,2% der Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehr beider Bundesländer in der o.g. Branche tätig. Angehörige der Berufsfeuerwehr sind durchschnittlich 17 Jahre im Feuerwehrdienst beschäftigt, mehrheitlich als Beamte (78,2%). 87,8% der untersuchten Berufsfeuerwehrmänner arbeiten im mittleren feuerwehrtechnischen Dienst, 9,9% im gehobenen und 1% im höheren Dienst beschäftigt. Die Angehörigen der freiwilligen Feuerwehr beider Bundesländer sind durchschnittlich seit 14 Jahren in der Feuerwehr tätig, mehrheitlich in unteren bzw. mittleren Diensträngen und fahren durchschnittlich rund 58 Einsätze innerhalb eines halben Jahres. Bezogen auf die Feuerwehrrfahrung ergeben sich bei der Berufsfeuerwehr vergleichbare Werte wie bei der freiwilligen Feuerwehr. Einsatzkräfte aus Sachsen-Anhalt fahren durchschnittlich 12 Einsätze pro Woche, wobei ihre Berliner Kollegen durchschnittlich 31 Einsätze pro Woche angaben. Das ließe sich u.a. auf eine deutlich unterschiedliche Siedlungs- und Bevölkerungsdichte in beiden Ländern zurückführen. Zu ca. 73% ihrer Arbeitszeit sind Berufsfeuerwehrmänner beider Länder ausschließlich im Feuerwehrdienst tätig, in den übrigen ca. 27% der Arbeitszeit werden z.B. rettungsdienstliche Aufgaben wahrgenommen.

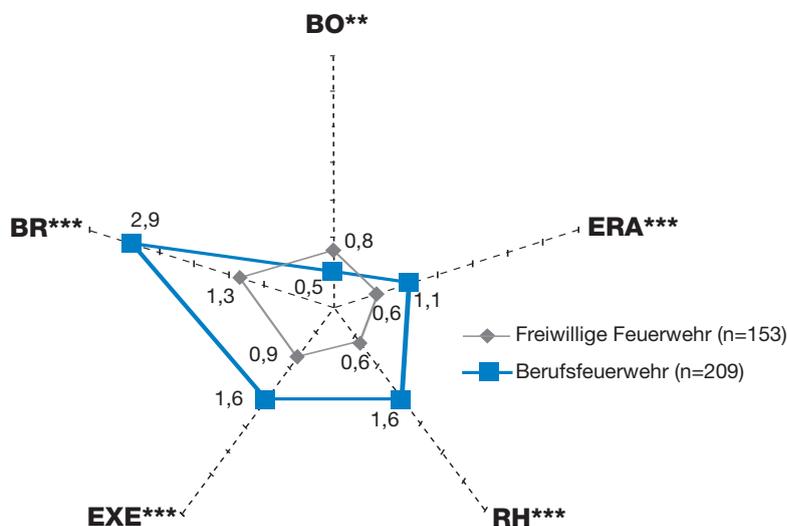
5.3.7.3 Ergebnisse der Untersuchung

5.3.7.3.1 Anforderungen und Belastungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr

Anforderungen an Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehr wurden zum einen ausgehend vom Gesamtspektrum aller Einsätze erhoben, zum anderen wurden Belastungen untersucht, die sich aus ungünstigen arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen ergeben können (s. 5.3.2.1). Stichprobenübergreifend erleben Einsatzkräfte der Feuerwehr Einsätze mit ihnen bekannten Opfern (MW = 0,6) sowie Einsätze mit einem erhöhten Regulationsaufwand (z.B. ungenügende Absprache zwischen Kameraden, ungenügende Informationen) (M = 0,9) mit höchstens einmal im Jahr relativ selten.

Einsätze mit Extremanforderungen (MW = 1,3) sowie mit behindernden Rahmenbedingungen (MW = 2,2) werden von den untersuchten Einsatzkräften der freiwilligen und Berufsfeuerwehr stichprobenübergreifend im Durchschnitt maximal einmal im Monat erlebt. Regulationshindernisse in der Arbeit, also ungünstige arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen werden ein bis mehrmals im Jahr wahrgenommen, aber seltener als einmal im Monat (MW = 1,2).

Abbildung 22: Anforderungs- und Belastungsmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr



© Beerlage, Hering & Nörenberg

Anmerkung: ERA = Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand
 BR = Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen
 EXE = Einsätze mit Extremanforderungen
 BO = Einsätze mit persönlich bekannten Opfern
 RH = Regulationshindernisse
 ** = Mittelwertunterschiede signifikant auf einem Niveau von $p < ,01$
 *** = auf einem Niveau von $p < ,001$
 maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) - 6 (in jedem Dienst)

Bei einem Vergleich der Ausprägung der untersuchten Anforderungen zwischen Einsatzkräften der freiwilligen und der Berufsfeuerwehr wird deutlich, dass Einsatzkräfte der freiwilligen Feuerwehr seltener Einsätze mit extremen Anforderungen (z.B. Einsätze mit Schwerverletzten) erleben als ihre Kollegen bei der Berufsfeuerwehr (Abbildung 22). Regulationshindernisse in der Arbeit, Einsätze, die mit einem erhöhten Regulationsaufwand verbunden (z.B. durch unklare Anweisungen von Vorgesetzten oder Abstimmungsprobleme im Einsatz) sowie behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz werden darüber hinaus deutlich seltener von Einsatzkräften der freiwilligen Feuerwehren erlebt. Das kann hauptsächlich auf eine deutlich geringere Einsatzfrequenz bei freiwilligen Feuerwehren zurückgeführt werden die dazu führen kann, dass genannte Situationen seltener erlebt werden. Unklar ist aber, ob der Anteil an Einsätzen mit o.g. Qualitäten (insbesondere organisatorische Hemmnisse) im Gesamtspektrum der Einsätze bei freiwilligen Feuerwehren nicht u.U. größer ist als bei Berufsfeuerwehren. Im Kontext dieser Untersuchung wurde aber angenommen, dass nicht der *Anteil an Einsätzen* mit bestimmten Qualitäten im Gesamtspektrum der Einsätze, sondern die *Häufigkeit des Erlebens* bestimmter Anforderungen in einem definierten Zeitraum im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit steht. Die Belastungsvariable „Einsätze mit persönlich bekannten Opfern“ werden von den freiwilligen Einsatzkräften häufiger erlebt. Freiwillige Feuerwehren agieren hauptsächlich in einem klar definierten, gemeindenahen Kontext. Zudem setzen sich freiwillige Feuerwehren überwiegend aus Bewohnern jeweils gleicher Orte zusammen. Daher ist für Einsatzkräfte der freiwilligen Feuerwehren auch die Wahrscheinlichkeit höher, persönlich bekannte Personen bei Einsätzen zu betreuen als für Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehren, die zur Berufsausübung z.T. eine größere Mobilität benötigen und auch in anderen Orten und Stadtteilen zum Einsatz kommen.

Tabelle 8: Die Belastungsvariable „Regulationshindernisse“ im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr und zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst

| | Rettungsdienst | Feuerwehr |
|----|----------------|---|
| RH | 1,5 | 1,2*** (gesamt) 1,6 (ns) Berufsfeuerwehr |

Anmerkung: RH = Regulationshindernisse

***** = Korrelationskoeffizient signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,001$**

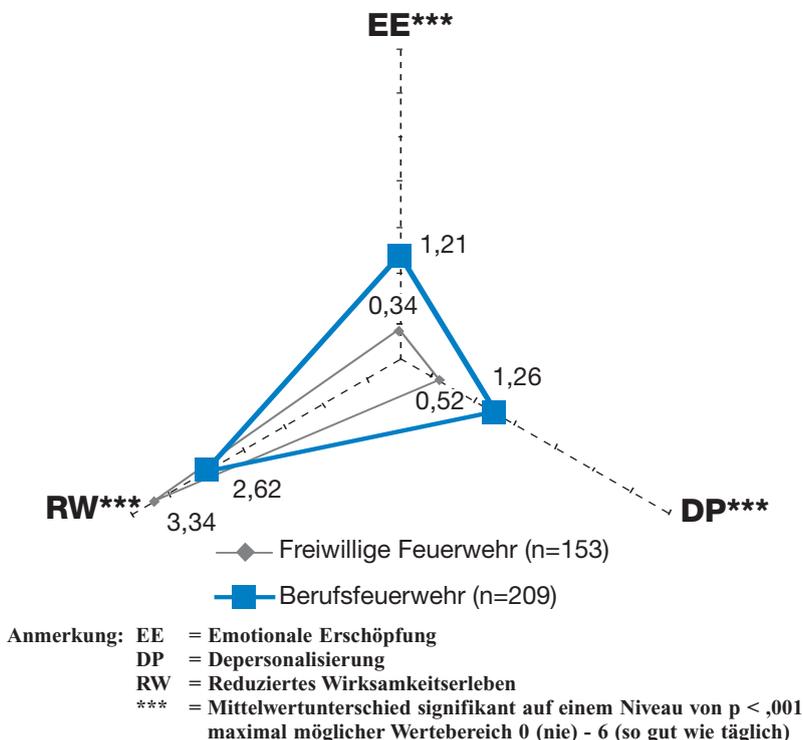
Ein direkter Vergleich der Ausprägung von Anforderungen zwischen Einsatzkräften der Feuerwehr und der Rettungsdienste, ist aufgrund des stark modifizierten Messinstruments zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr im Vergleich zur Urversion für die Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nicht möglich. Ein Vergleich erfolgt daher lediglich zwischen Anforderungen und Belastungen, die sich aus ungünstigen arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen ergeben, die in beiden Untersuchungen mit dem selben, standardisierten Messinstrument erhoben wurden (Regulationshindernisse, Kleiber, Gusy, Enzmann & Beerlage, 1992). Der Vergleich erfolgt einerseits

zwischen beiden Stichproben in ihrer Gesamtheit (also Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehren in einer Stichprobe) und andererseits zwischen (hauptberuflichen) Einsatzkräften im Rettungsdienst und Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr (Tabelle 8).

Dabei wird deutlich, dass Einsatzkräfte der Feuerwehr insgesamt deutlich seltener Regulationshindernisse in der Arbeit erleben. Dieser Unterschied kann sich aber auf einen Bias gründen, der durch den hohen Anteil Einsatzkräfte der freiwilligen Feuerwehr hervorgerufen wird, weil erwartet werden kann, dass freiwillige Einsatzkräfte ungünstige arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen (also nicht bezogen auf das Einsatzgeschehen) seltener erleben. Der Vergleich zwischen hauptberuflichen Einsatzkräften im Rettungsdienst und Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr ergibt erwartungsgemäß keinen signifikanten Unterschied im Erleben ungünstiger arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen (Regulationshindernisse). Die arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen erscheinen im Vergleich zwischen dem Rettungsdienst und der Berufsfeuerwehr vergleichbar günstig bzw. ungünstig.

5.3.7.3.2 Burnoutmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr

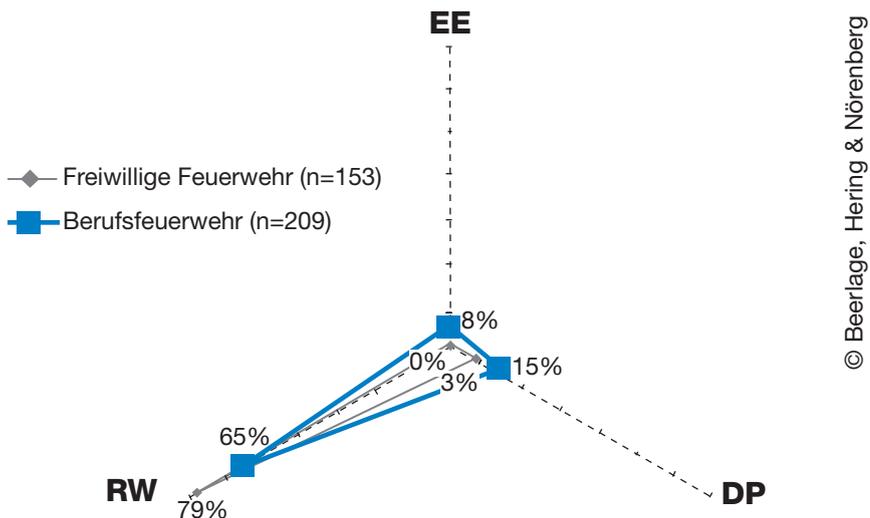
Abbildung 23: Burnoutmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr



Für die Burnoutdimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung ergeben sich Mittelwerte auf vergleichbar niedrigem Niveau (0,85 und 0,95). Stichprobenübergreifend wird aber deutlich, dass ein Gefühl geringer Wirksamkeit relativ hoch ausgeprägt ist (MW = 2,9).

Werden die Mittelwerte der Skalen zwischen der beruflichen und freiwilligen Feuerwehr (Abbildung 23) verglichen, wird deutlich, dass Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehr höher emotional erschöpft und depersonalisiert sind, als ihre Kollegen in der freiwilligen Feuerwehr. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehr höhere Ausprägungen bei bestimmten Anforderungen der Arbeit aufweisen (s. 5.3.6.3.1) und daher als höher belastet anzusehen sind als ihre ehrenamtlich tätigen Kollegen in den freiwilligen Feuerwehren, an die durchschnittlich geringere Anforderungen gestellt werden. Angehörige der freiwilligen Feuerwehr erleben sich dagegen deutlich geringer wirksam in ihrer Arbeit als ihre Kollegen bei der Berufsfeuerwehr. Es kann angenommen werden, dass Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehr aufgrund einer umfassenderen theoretischen und praktischen Ausbildung sowie eine größeren Einsatzroutine besser auf die unterschiedlichen Einsatzsituationen vorbereitet wurden, was die Einschätzung, die Arbeit beruflichen Standards entsprechend auszuführen verbessert. Trotz eines relativ höheren Wirksamkeitserlebens bei Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr im Verhältnis zu freiwilligen Einsatzkräften im Rettungsdienst noch deutlich geringer wirksam in ihrer Arbeit (also eine höhere Ausprägung *reduzierten* Wirksamkeitserlebens) (Tabelle 9).

Abbildung 24: Anteil von Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr mit hoher Ausprägung bei den Burnout-Dimensionen



Anmerkung: Basis US-amerikanische Normierung (Enzmann & Kleiber, 1989)

Hochgradig emotional erschöpft ist nur ein geringer Anteil der Einsatzkräfte der Feuerwehr. Weniger als jede zehnte Einsatzkraft der Berufsfeuerwehr hat hohe Ausprägungen emotionaler Erschöpfung. Bei der freiwilligen Feuerwehr hat emotionale Erschöpfung keine Bedeutung (Abbildung 24).

Jede siebente Einsatzkraft der Berufsfeuerwehr und jede 33. Einsatzkraft der freiwilligen Feuerwehren kann als hochgradig depersonalisiert eingeschätzt werden, pflegt also einen überdistanziert-zynischen Umgang mit Opfern.

Etwa zwei Drittel der untersuchten Einsatzkräfte der freiwilligen und Berufsfeuerwehr schätzen ein, ihre Arbeit nicht den beruflichen Standards entsprechend zu erfüllen. Sie fühlen sich extrem reduziert wirksam. Vergleichbare Ergebnisse ergaben sich auch für Einsatzkräfte im Rettungsdienst (s. Abbildung 18, S. 120).

Tabelle 9: Burnoutmaße im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr sowie zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst

| | Rettungsdienst | Feuerwehr |
|----|----------------|--|
| EE | 1,5 | 0,85*** (gesamt) 1,2*** Berufsfeuerwehr |
| DP | 1,6 | 0,95*** (gesamt) 1,3*** Berufsfeuerwehr |
| RW | 1,9 | 2,9*** (gesamt) 2,6*** Berufsfeuerwehr |

Anmerkung: EE = Emotionale Erschöpfung
 DP = Depersonalisierung
 RW = Reduziertes Wirksamkeitserleben
 *** = Korrelationskoeffizient signifikant von Null abweichend auf einem Niveau von $p < ,001$;
 maximal möglicher Wertebereich 0 (nie) – 6 (so gut wie täglich)

Stichprobenübergreifend sind Einsatzkräfte der Feuerwehr deutlich weniger emotional erschöpft und depersonalisiert als ihre Kollegen im Rettungsdienst. Dafür erleben sich Einsatzkräfte der Feuerwehr signifikant geringer wirksam als hauptberuflich im Rettungsdienst beschäftigte Einsatzkräfte. Diese Unterschiede werden auch dann deutlich, wenn nur Einsatzkräfte im Rettungsdienst und der Berufsfeuerwehr verglichen werden. Eine geringere Ausprägung von emotionaler Erschöpfung in der Feuerwehr kann u.a. darin begründet sein, dass der Kontakt zu Notfallpatienten und schwer verletzten Personen im Vergleich zum Rettungsdienst seltener ist. Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehr werden somit seltener mit potenziell „erschöpfenden“ Belastungssituationen konfrontiert werden, als ihre Kollegen im Rettungsdienst.

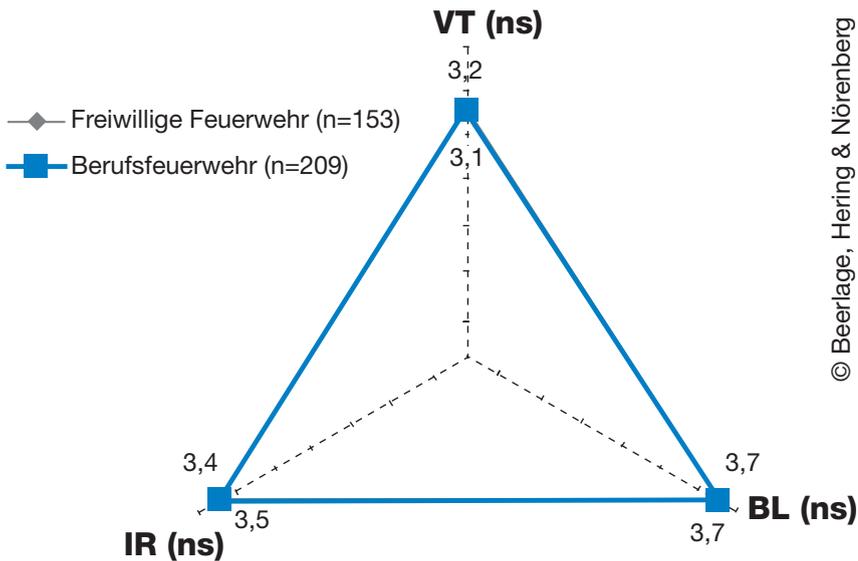
Das Ausmaß an Zynismus und Gleichgültigkeit im Umgang mit Opfern bzw. Patienten ist bei Einsatzkräften der Feuerwehr deutlich geringer ausgeprägt als bei hauptberuflichen Einsatzkräften im Rettungsdienst. Einsatzkräfte in der Feuerwehr erleben sich also in der „Retter-Opfer-Interaktion“ deutlich mehr teilnehmend. Das kann einerseits in einem vergleichbar seltenem direkten Kontakt zu

Opfern (Patienten) durch Einsatzkräfte der Feuerwehr begründet sein. Andererseits kann auch angenommen werden, dass Opfer von Bränden oder Verkehrsunfällen (also die relativ zum Gesamtspektrum der Einsätze in der Feuerwehr häufiger erlebt werden) subjektiv als hilfebedürftiger eingestuft werden als Patienten bei Einsätzen aufgrund sozialer Benachteiligung, Alkoholismus bzw. chronischer Krankheit ohne vitale Bedrohung, die im Rettungsdienst relativ zum Gesamtspektrum der Einsätze häufiger sind.

5.3.7.3.3 Wohlbefinden in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr

Stichprobenübergreifend bewegen sich die Mittelwerte des habituellen Wohlbefindens (Belastbarkeit, Vitalität und innere Ruhe) von Einsatzkräften der Feuerwehr auf mittelhohem Niveau zwischen 3,2 und 3,7.

Abbildung 25: Wohlbefindensmaße im Vergleich zwischen freiwilliger und Berufsfeuerwehr



© Beerlage, Hering & Nörenberg

- Anmerkungen: HW = Habituelles allgemeines Wohlbefinden (max. Intervall 1–6)
 BL = Belastbarkeit (körperliches Wohlbefinden, max. Intervall 0–5)
 IR = Innere Ruhe (körperliches Wohlbefinden, max. Intervall 0–5)
 VT = Vitalität (körperliches Wohlbefinden, max. Intervall 0–5)

Signifikante Unterschiede im Wohlbefinden ergaben sich zwischen Einsatzkräften der freiwilligen und der Berufsfeuerwehr nicht (s. Abbildung 25).

Einsatzkräfte der Feuerwehr haben insgesamt vergleichbare Ausprägungen beim Wohlbefinden wie Einsatzkräfte im Rettungsdienst (Tabelle 10). Deutlich wird lediglich, dass Einsatzkräfte im Rettungsdienst belastbarer sind als Einsatzkräfte

in der Feuerwehr. Beim Vergleich der Ausprägung des Wohlbefindens zwischen Rettungsdienst und Berufsfeuerwehr wird zudem deutlich, dass Einsatzkräfte in der Berufsfeuerwehr als innerlich ruhiger einzuschätzen sind als Einsatzkräfte im Rettungsdienst. Zurückgeführt werden kann dieser vergleichbar kleine Unterschied u.a. auf das höhere Erschöpfungsausmaß im Rettungsdienst, dass signifikant mit einer inneren Unruhe korreliert (Tabelle 7, S. 90).

Tabelle 10: Wohlbefindensmaße im Vergleich zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr und zwischen Berufsfeuerwehr und Rettungsdienst

| | Rettungsdienst | Feuerwehr |
|----|----------------|--|
| VT | 3,1 (n = 133) | 3,2 (gesamt) (n = 361) 3,1 Berufsfeuerwehr (n = 208) |
| BL | 3,9 (n = 133) | 3,7** (gesamt) (n = 361) 3,7* Berufsfeuerwehr (n = 208) |
| IR | 3,4 (n = 133) | 3,5 (gesamt) (n = 361) 3,5* Berufsfeuerwehr (n = 208) |

Anmerkung: VT = Vitalität
 BL = Belastbarkeit
 IR = Innere Ruhe
 * = signifikant auf einem Niveau von $p < ,05$
 ** = signifikant auf einem Niveau von $p < ,01$
 maximal möglicher Wertebereich 0 (trifft überhaupt nicht zu) – 5 (trifft voll und ganz zu)

5.3.8 Diskussion und Bedeutung für die Praxis

Ein Ziel dieser Untersuchung war es, einen Beitrag zur Klärung des Bedarfs Primärprävention im Rettungsdienst, in der freiwilligen und der Berufsfeuerwehr auch auf der Ebene der Organisation und der Arbeitsbedingungen zu leisten. Zudem war die Relevanz von Beeinträchtigungen unterhalb der Krankheitsschwelle bei diesen Einsatzkräftegruppen von Interesse der Schwerpunkt lag dabei auf eingeschränktem Wohlbefinden und Burnout. Ein Bedarf auf der Ebene der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen würde sich ableiten lassen, wenn arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit geringem Wohlbefinden und/oder Burnout stehen. In bisherigen Untersuchungen ergaben sich bei medizinischen, pflegerischen sowie psychosozialen Berufsgruppen derartige Zusammenhänge (u.a. Enzmann & Kleiber, 1989; Gusy, 1995; Enzmann, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). Im Vergleich zu Ergebnissen bei psychosozialen Berufsgruppen fällt auf, dass Regulationshindernisse in der Arbeit, also die organisationsinternen Faktoren, die eine den beruflichen Standards entsprechende Erfüllung von Arbeitsaufgaben behindern oder verzögern, von den untersuchten Einsatzkräften zwar auf niedrigem Niveau, aber deutlich häufiger erlebt werden. Die höhere Ausprägung verglichen mit anderen Berufsgruppen kann darin begründet sein, dass sich Einsatzkräfte der Rettungsdienste

und der Feuerwehren nicht nur in ihrer Arbeitgeberorganisation bewegen, sondern auch an Schnittstellen zu anderen Organisationen, deren organisatorische Rahmenbedingungen ebenfalls ungünstig sein können. Die quantitative Überforderung (Zeitdruck) hat eine eher geringe Bedeutung. Das lässt sich auch darauf zurückführen, dass es außer der Hilfsfrist kaum zeitliche bzw. monetäre Vorgaben für die Betreuung von Patienten oder z.B. das Löschen von Bränden gibt. Es bestehen also weniger Möglichkeiten, in Zeitdruck zu geraten. Einsatzsituationen, die mit extremen Erfahrungen verbunden sind, werden allgemein sehr selten erlebt. Die größte Bedeutung haben im Rettungsdienst und in der Feuerwehr Behinderungen im Rahmen von Einsätzen (z.B. durch unaufmerksame Verkehrsteilnehmer), komplexe Einsatzsituationen, die hohe Anforderungen an die berufliche Kompetenz von Einsatzkräften im Rettungsdienst stellen sowie Anforderungen, die von ungünstigen Arbeitszeiten ausgehen.

Einsatzkräfte im Rettungsdienst sowie der Feuerwehren sind eher gering erschöpft und erleben sich selten zynisch distanziert im Umgang mit Opfern und Patienten. Beide Burnoutkomponenten haben bei Einsatzkräfte im Rettungsdienst eine signifikant höhere Bedeutung. Bis zu 13% der Einsatzkräfte können dabei als hochgradig erschöpft angesehen werden, bis zu 25% haben eine hohe Ausprägung bei der Burnoutkomponente Depersonalisierung. Das Wirksamkeitserleben, also die Einschätzung die eigene Arbeit den (beruflichen) Standards entsprechend auszuüben, ist insgesamt gering ausgeprägt. Der Anteil Einsatzkräfte mit stark herabgesetztem Wirksamkeitserleben ist bei allen Einsatzkräftegruppen sehr hoch (bis zu 79%). Einsatzkräfte der Feuerwehr fühlen sich signifikant weniger wirksam in ihrer Arbeit als Einsatzkräfte im Rettungsdienst. Ausgehend von den Ergebnissen von Reinhard & Maercker (2004) haben insbesondere Einsatzkräfte, die hochgradig erschöpft sind und als hoch depersonalisiert gesehen werden können, auch ungünstigere Voraussetzungen belastenden Einsatzsituationen angemessen zu begegnen und laufen so eher Gefahr, posttraumatische Symptome zu entwickeln.

Die Diskussion von Zusammenhängen zwischen bestimmten Anforderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann beim derzeitigen Auswertungsstand nur für Einsatzkräfte im Rettungsdienst erfolgen. Bei der Untersuchung der Auswirkungen von Anforderungen und Rahmenbedingungen der Arbeit im Rettungsdienst auf Burnout sind insbesondere die relativ selten erlebten *ungünstigen arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen* sowie *extreme Einsatzmerkmale* von Bedeutung. Je häufiger Einsatzkräfte im Rettungsdienst mit diesen Situationen konfrontiert sind, desto eher laufen sie Gefahr auszubrennen. Arbeitsorganisatorische und tätigkeitsspezifische Merkmale stehen nur in schwachem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. Das überdauernde Wohlbefinden ist aber umso geringer, je höher das Ausmaß bestimmter Burnoutkomponenten, insbesondere Erschöpfung und reduziertes Wirksamkeitserleben sind. Dieser Zusammenhang lässt die Annahme zu, dass sich belastende Faktoren der Arbeit erst dann negativ auf den langfristigen Gesundheitszustand auswirken, wenn sie bereits zu Burnout führten. Bis dahin können diese Einflüsse offenbar „ohne größeren Schaden anzurichten“ von Einsatzkräften im Rettungsdienst bewältigt werden, allenfalls wären Einflüsse auf das aktuelle Wohlbefinden denkbar.

Aufgrund der vorliegenden Daten lässt sich das insgesamt *sehr* geringe Wirksamkeitserleben bei Einsatzkräften im Rettungsdienst nicht ausreichend erklären. Es ergaben sich lediglich Zusammenhänge zwischen der hohen Ausprägung bestimmter Anforderungsvariablen und einem *höheren* Wirksamkeitserleben, d.h. dass auf der Grundlage dieser Untersuchung nur Anforderungen beschrieben werden können, die mit der Wahrnehmung korrelieren, die Arbeit den Standards entsprechend durchzuführen. Deutlich wurde aber, dass Erschöpfung hochkorreliert ist mit *reduziertem* Wirksamkeitserleben, diese hat im Rettungsdienst aber nur eine eher geringe Bedeutung. Auffällig ist zudem, dass Variablen die besondere Herausforderungen umschreiben bzw. auch Einsatzsituationen, die ein hohes Maß an rettungsdienstlicher Kompetenz erfordern, mit höherem Wirksamkeitserleben korrelieren. Darunter fallen z.B. Einsätze, die aufgrund vitaler Bedrohung von Patienten oder nach schweren Verkehrsunfällen notwendig werden. Solche Einsätze ereignen sich aber eher selten (ca. 20-40% aller Einsätze) (Forplan, 1998, Zingg, Heim, Meier & Reinhardt, 2003). Die Mehrzahl der Einsätze im Rettungsdienst werden aufgrund von Ereignissen ausgelöst, denen keine vitale Bedrohung von Patienten zugrunde liegt oder erwarten lässt. Dazu gehören chronische Erkrankungen (klassischer Krankentransport im Rettungswagen), körperliche Auseinandersetzungen oder Alkoholismus z.B. in sozial benachteiligten Milieus. Diese Situationen erfordern weniger rettungsmedizinische Kenntnisse als vielmehr z.B. pflegerische oder sozialpädagogische Kompetenzen, denen in der Ausbildung im Rettungsdienst aber nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es wäre daher zu untersuchen, ob Einsatzkräfte, die in einer vorherigen Ausbildung z.B. auch über rettungsmedizinische Kenntnisse hinaus gehende Inhalte vermittelt bekamen, sich allgemein wirksamer in ihrer Arbeit erleben.

Schlussfolgernd lässt sich ausgehend von den bisherigen Ergebnissen ein Bedarf an Primärprävention auf der Ebene der Arbeitsorganisation für den Rettungsdienst, z.B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Gestaltung von Entscheidungs- und Interaktionsprozessen ableiten, aber auch auf der Ebene der Einsatzvorbereitung. Auf der Organisationsebene wären folgende Maßnahmen wünschenswert: transparente Entscheidungsprozesse und die Beteiligung der Betroffenen von Entscheidungen, Bildung erwünschter und dauerhafter Teamkonstellationen, Wechsel zwischen Rettungswachen und Einsatzstellen innerhalb der Organisation – wenn erwünscht (z.B. durch ein „Pendeln“ zwischen Wachen mit hohem und geringem, belastenden und weniger belastenden Einsatzaufkommen) sowie Maßnahmen, die Konflikte unter Kollegen und mit Vorgesetzten durch die Schaffung geeigneter Kommunikationsmöglichkeiten frühzeitig erkennen lassen und ihre Lösung unterstützen (z.B. Teamtreffen, informelle Kommunikationsanlässe etc.). Für die Einsatzvorbereitung kommen insbesondere Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung in Betracht, daneben auch die Durchführung von Übungen usw.. PSNV-Angebote kurz- (unmittelbare Einsatznachsorge) langfristiger Versorgung müssen in der Organisation bekannt sein und durch Ansprechpartner in der Organisation vermittelt werden.

6. Standards der Kooperation im Ereignisfall

6.1 Durchführung und Auswertung von Interviews mit Koordinierungsexperten in vier ausgewählten Großschadenslagen des Jahres 2002

Die hier vorgestellten Empfehlungen für eine Struktur, in der allen Einsatzkräften der Feuerwehren, der Rettungsdienste und des THW in einer Großschadens- oder Katastrophenlage im Bedarfsfall bundesweit eine angemessene psychosoziale Unterstützung zur Verfügung gestellt werden kann, wurden vor dem Hintergrund bisheriger Koordinierungserfahrungen sowie wahrgenommener günstiger Rahmenbedingungen für die Koordinierung der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter im Ereignisfall und im Vorfeld entwickelt. Dazu wurden durch das Netzwerk-Projekt Experteninterviews mit sogenannten *Koordinierungsexperten* durchgeführt, also Personen, die in Großschadens- und Katastrophenlagen des Jahres 2002 maßgeblich PSNV-Maßnahmen koordinierten.

Die Interviews mit Koordinierungsexperten wurden geführt, um Faktoren gelingender oder erschwelter Koordination zu identifizieren, um aus den Erfahrungen Empfehlungen für die Koordination und Kooperation im Ereignisfall abzuleiten, aber auch um Empfehlungen dieser erfahrenen Personengruppe direkt aufzunehmen und zu bündeln. Die sich aus den Interviews ableitenden Empfehlungen wurden in einem zweiten Schritt zusammen mit bereits veröffentlichten Empfehlungen (auf der Grundlage umfassender Erfahrungen oder bereits vorgenommener Abstimmungen, Seynaeve, 2001; Helmerichs, 2002; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge 2002) zusammen betrachtet und gehen in die Empfehlungen des Netzwerk-Projekts ein, die sich auf die strukturelle Einbindung und die Koordination beziehen.

Die Interviews wurden mit Personen geführt, die im Jahr 2002 die PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen koordinierten (Elbehochwasser, Massaker im Erfurter Gutenberg-Gymnasium, Flugzeugabsturz in Überlingen sowie die Sturmkatastrophe in Schwanenwerder – Berlin). Die Auswertung der Gespräche mündet in Empfehlungen auf zwei Ebenen:

- Strukturen, Funktionen, Akteure und Aufgaben in der Großschadenslage;
- Strukturelle Rahmenbedingungen und Klärungen der Zuständigkeiten im Vorfeld auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen als Voraussetzungen für die Koordination der PSNV.

Aussagen zur ersten Ebene sowie die Benennung der zu klärenden strukturellen Rahmenbedingungen finden sich in diesem Teil; Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und Qualitätssicherung finden sich unter 7.

6.1.1 Begründung der Auswahl der Ereignisse

Ein Ziel der Experteninterviews war es, anhand der Erfahrungen von koordinierenden Personen in Großschadens- und Katastrophenlagen, zunächst einmal den Ablauf der Alarmierung, des Einsatzes und der Steuerung von PSNV-Maßnahmen im Detail zu rekonstruieren, um Hindernisse, Schnittstellenprobleme, Unklarheiten, aber auch förderliche Prozessmerkmale zu identifizieren. Aus diesen Angaben waren Empfehlungen für die Koordinierung sowie die strukturelle Einbindung der PSNV abzuleiten. Das setzt zunächst voraus, dass die vom Netzwerk-Projekt untersuchten Ereignisse tatsächlich die Qualität von Großschadens- oder Katastrophenlagen haben. Dabei bezieht sich das Netzwerk-Projekt auf die Definition nach DIN 13050, wonach ein Großschadensereignis als (Deutsches Institut für Normung (DIN), 2000):

„Ein Ereignis mit einer so großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen (verstanden werden kann, Anm.), daß es mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes nicht bewältigt werden kann.“ (3.10).

Als Katastrophe wird ein Schadensereignis bezeichnet,

„...mit einer Zerstörung der örtlichen Infrastruktur. Es kann mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes alleine nicht bewältigt werden“ (3.12).

Alle untersuchten Ereignisse waren zumindest Großschadenslagen. Es wurden je Schadenslage zwischen fünf und neun koordinierend in der PSNV tätig gewordene Experten durch das Netzwerk-Projekt befragt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Interviews mit Koordinierungsexperten nach Großschadenslage

| | Großschadenslagen | n |
|----|-----------------------------------|----|
| 1. | Hochwasser Elbe (2002) | 9 |
| 2. | Massaker Erfurt (2002) | 7 |
| 3. | Sturm Schwanenwerder (2002) | 5 |
| 4. | Flugzeugabsturz Überlingen (2002) | 9 |
| | Σ | 30 |

Bei länger zurückliegenden Ereignissen kann erwartet werden, dass sie verzerrt erinnert werden (vgl. Bortz & Döring, 2002). Daher wurden Ereignisse in die Untersuchung gewählt, die sich im Jahr des Projektbeginns (2002) ereigneten. Nicht zuletzt musste im Rahmen des Ereignisses tatsächlich PSNV für Einsatzkräfte koordiniert angeboten werden.

6.1.2 Begründung der Auswahl der Gesprächspartner

Alle Interviewpartner nahmen Aufgaben in der Koordinierung der PSNV in den ausgewählten Großschadenslagen wahr. Die unterschiedliche Anzahl der Gesprächspartner pro Ereignis resultiert aus der ungleichen Anzahl der jeweils im Ereignis differenzierten Koordinationsbereiche. Da bislang keine einheitlichen Funktionen und Aufgabenbereiche innerhalb des Krisenmanagements in der PSNV definiert sind, war auch keine vollständige Vergleichbarkeit der Funktionen der Interviewpartner zu erwarten. Vielmehr war das Ziel, ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven auf „das Problem Koordinierung“ zusammenzuführen.

Die Auswahl der Gesprächspartner für die Experteninterviews wurde durch das Ziel der Untersuchung beeinflusst, einerseits Erfahrungen in der Koordination aus verschiedenen *Handlungslogiken* heraus zu betrachten (z.B. Technische Einsatzleitung (TEL) und Leitung KIT), andererseits waren auch Einflussfaktoren für die Kooperation zwischen verschiedenen *Professionen, Organisationen und Einzelakteuren* im Rahmen der Koordinierung der PSNV für Einsatzkräfte in Großschadens- und Katastrophenlagen von Interesse (z.B. Koordinierender eines bundesweit agierenden PSNV-Anbieters und regionale Koordinatoren sowie Notfallseelsorger). Auch sollten Erfahrungen aus unterschiedlichen „Einsatzabschnitten“ (PSNV für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte), bzw. aus der Zusammenarbeit zwischen den „Einsatzabschnitten“ berücksichtigt werden, denn auch wenn der Schwerpunkt auf der Nachsorge für die Einsatzkräfte liegt, kommt es doch zu einer mehr oder weniger gelingenden Zusammenarbeit aller PSNV-Kräfte.

Es wurde durch das Netzwerk-Projekt eingeschätzt, dass Personen, die an zentraler Position (koordinierend) in Großschadens- und Katastrophenlagen tätig waren, einen umfassenden Überblick über die vom Netzwerk-Projekt verfolgten Fragestellungen haben (s. 4.).

6.1.3 Fragestellung

Anhand der Informationen von den befragten, koordinierenden Personen in Großschadenslagen, den Beteiligten und Akteuren der PSNV, sollten einerseits Empfehlungen abgeleitet werden, in welcher *Struktur* PSNV in Schadensfällen angegliedert werden sollte, andererseits, welche Aufgaben vom *Koordinator* der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter übernommen werden sollen. Im Folgenden wird zunächst einheitlich für alle Personen mit PSNV-Management- und Führungsaufgaben einheitlich vom Koordinator gesprochen, da dies dem Sprachgebrauch der Interviewpartner entspricht. Erst im Zuge der Empfehlungen werden Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Koordinatoren vorgenommen.

Darüber hinaus wurde erwartet, dass die Interviewpartner Informationen darüber haben, wie die *Akzeptanz* für die PSNV bei den Einsatzkräften erhöht werden kann, wie die *Informationsweiterleitung* zwischen den Strukturen im Einsatz mit

unterschiedlichen Aufgaben erfolgen kann und anhand welcher Kriterien der *Bedarf* an PSNV-Angeboten abzuleiten wäre. Die Rekonstruktion diene auch der Identifizierung von relevanten Einflüssen auf die *Abläufe* im Lauf der Koordinierung. Förderliche Einflüsse sollten ebenso festgehalten werden wie Vorschläge zum Abbau eingetretener Hindernisse. Die Gesprächspartner wurden daher abschließend gebeten, eigene Empfehlungen auszusprechen.

Der Schwerpunkt der Analysen der Interviews mit Koordinierungsexperten lag darauf, Handlungsbedarfe aus Sicht der Interviewpartner auf der Ebene des Koordinierungsauftrages und der konkreten Koordinierung der PSNV in einer Großschadens- oder Katastrophenlage abzuleiten. Diese Ableitungen stellen wichtige Zwischenschritte zur Entwicklung abschließender Empfehlungen für die Strukturierung und Koordinierung der PSNV in einer Großschadenslage dar. Daher konzentriert sich das Auswertungsinteresse auf Handlungsbedarfe im Zusammenhang mit der Koordinierung der PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen. Darauf bezogen wurden folgende Teilfragestellungen abgeleitet, die in der weiteren Darstellung genauer beleuchtet werden:

1. Was sollte nach der Übernahme des Koordinierungsauftrages durch den Koordinator geplant werden – was sollte konkret getan werden?
2. Wie sind die Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung zu regeln?
3. Wie sollte der Einsatz von Kräften und Mitteln organisiert werden – Welche Einflüsse sollten berücksichtigt werden, und welche Kräfte und Mittel sollten eingesetzt werden?
4. Welche Qualifikation sollten Koordinatoren und PSNV-Anbieter haben, und wie können sie diese Qualifikation erreichen?

6.1.4 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgt nach einer modifizierten Variante der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1983). Diese Methode entspricht der Zielsetzung, regelgeleitet und transparent textstellen- und personenübergreifend Facetten eines Gegenstandsbereiches zusammenzutragen und zu kategorialen Informationen zu bündeln. Dabei werden Aspekte der Beziehung der Interaktionspartner im Interview, subjektspezifische Gebäude von (Alltags-)Theorien, narrative und interaktive Gegenstandskonstruktionen ebenso ausgeblendet wie die Frage nach der „Richtigkeit“ der einen oder anderen Bewertung oder nach der systemischen Rekonstruktion der Rollen der Beteiligten am Geschehen im Umfeld des Ereignisses (vgl. etwa das Spektrum alternativer qualitativer Auswertungsmethodologien im Überblick Jüttemann, 1985; Flick, 1991; Hopf & Weingarten, 1993; Strauss, 1994). Da es gilt, Schnittstellenprobleme und Lösungselemente in ihrer wahrgenommenen Qualität als interaktionsrelevante „Tatsachen“ im Ernstfall anzunehmen und nach Möglichkeiten der Verbesserung einer „koordinierten Kooperation“ zu suchen, ist es gerade ein Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse, die Vielfalt der Wahrnehmungen und Bewertungen als „immer Mögliche“ zunächst gleich gewichtet nebeneinander zu stellen und ohne eine

zweite Ebene der Bedeutungsverleihung durch die Auswertungsgruppe zu arbeiten.

Neben der Gegenstandsangemessenheit und der gegenüber anderen Methoden mit geringerem Aufwand zu erzielenden Objektivität in der Auswertung durch Bündelung von zunehmend allgemeiner formulierten Paraphrasen ist der forschungsökonomische Aspekt ebenfalls hervorzuheben, da jede andere qualitative Methode der Verknüpfung von personspezifischen Sinnstrukturen oder der personübergreifenden Sinnkonstruktionen ein Vielfaches an Auswertungsaufwand gegenüber der gewählten Methode bedeutet hätte.

Die Modifikation der Auswertung besteht vor allem darin, dass infolge der durch den Interviewleitfaden vorgegebenen inhaltlichen Grobstruktur der Gespräche bereits Vormarkierungen relevanter Textstellen nach den Gegenstandsbereichen der Interviews vorgenommen werden; der Schritt der Bedeutungsverleihung durch Bedeutungsähnlichkeit von Textstellen entfällt somit.

Als Schwerpunkt der Auswertung der Interviews mit Koordinierungsexperten sind zu nennen:

- Planung und Durchführung der Koordinierung;
- Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung;
- Einsatz von Kräften und Mitteln im Rahmen der PSNV in Katastrophen und Großschadenslagen;
- Erforderliche Qualifikationen und Voraussetzungen der Koordinatoren und PSNV-Anbieter.

6.2 Ergebnisse

Ausgehend von den Teilfragestellungen orientiert sich die Ergebnisdarstellung an expliziten und impliziten SOLL-Aussagen der Interviewpartner. Die Aussagen, insbesondere SOLL-Formulierungen der Interviewpartner, beziehen sich nicht ausschließlich auf die konkrete Schadenslage, sondern enthalten darüber hinaus auch Informationen und Empfehlungen der Interviewpartner für die Gestaltung *struktureller Voraussetzungen*. Darunter werden alle Aspekte zusammengefasst, die bereits im Vorfeld einer Großschadens- oder Katastrophenlage auf Bundesebene, auf der Ebene der Bundesländer, der Landkreise und/oder der Gemeinden zu klären wären (z.B. Verantwortlich- und Zuständigkeiten, Qualitätsstandards, Finanzierungsfragen). Zunächst wird auf die Ergebnisse der Interviewauswertung im einzelnen eingegangen. Die Darstellung der Auswertungsergebnisse der *Empfehlungen der Interviewpartner*, werden – wo verfügbar – auch durch andernorts getroffene, veröffentlichte Empfehlungen ergänzt. Zudem werden jeweils genannte Voraussetzungen auf struktureller Ebene zur Umsetzung der Empfehlungen mit genannt. Bei der Darstellung ist zu berücksichtigen, dass es sich zunächst um *Sichtweisen der Interviewpartner* und Autoren handelt und erst später Schlussfolgerungen auf der Ebene des Netzwerk-Projekts gezogen werden.

6.2.1 Planung und Durchführung der Koordinierung

Handlungsbedarf hinsichtlich der Planung und Durchführung der Koordinierung wird von den Interviewpartnern in folgenden Bereichen gesehen, die hier im einzelnen behandelt werden:

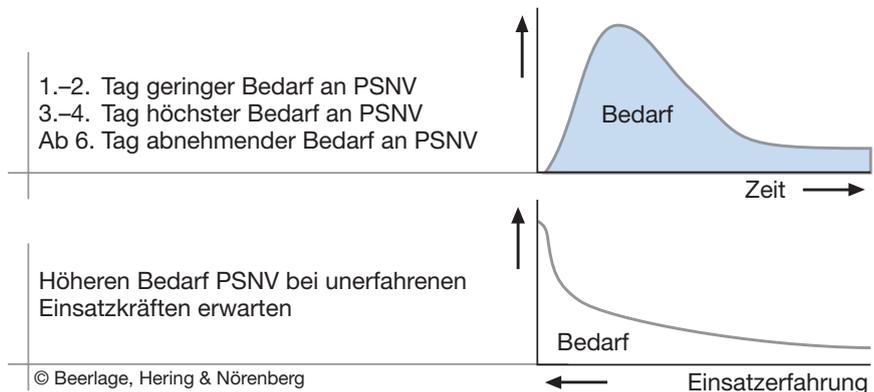
1. Bedarfsermittlung und Bedarfsentwicklung,
2. Dokumentation und Evaluation aller PSNV-Maßnahmen,
3. Informationsmanagement,
4. Sicherung der Akzeptanz von PSNV-Angeboten,
5. Einsatz und Koordination von PSNV-Anbietern.

6.2.1.1 Bedarfsermittlung und Bedarfsentwicklung

Für Betroffene, Opfer, Angehörige, Hinterbliebene, Augenzeugen sowie für Einsatzkräfte kann ein Bedarf an psychosozialer Begleitung und Hilfe bestehen, der sich qualitativ stark unterscheidet und auch in der Zeit verändert. Dabei kann der Hilfebedarf in die Akut-, Übergang- und Langfristphase differenziert werden, die auch unterschiedliche Handlungsstrategien (s. 3.3.5 und 8.) in der PSNV erforderlich machen (Sekundärprävention und Tertiärprävention).

Kriterien für den Bedarf an PSNV-Angeboten: Als Kriterien der Bedarfsermittlung werden von den Interviewpartnern zum einen der Zeitpunkt nach dem Ereignis (unmittelbar nach dem Ereignis wird für Einsatzkräfte ein geringer Bedarf, zum 3.-4. Tag der höchste und danach ein abnehmender Bedarf an Maßnahmen psychosozialer Unterstützung beschrieben) und zum anderen die Einsatzerfahrung der Einsatzkraft genannt (je weniger Einsatzerfahrung, je größer der zu erwartende Bedarf an PSNV) (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Kriterien der Bedarfsermittlung



Zeitpunkte der Belastungserhebung: Das Belastungsausmaß sollte regelmäßig erhoben werden (Belastungsscreening), wobei nicht klar definiert wurde, welches Intervall als geeignet anzusehen wäre und wann das Erstscreening stattfinden sollte.

Aus den Empfehlungen der Interviewpartner konnten kaum Gemeinsamkeiten bezogen auf den Zeitpunkt des Erstscreenings herausgearbeitet werden. Die Aussagen bewegten sich zwischen „*sofort zum Abschluss eines Einsatztages*“ bis dahin, *erst bei konkreten Verdacht* zu screenen. Den Empfehlungen aus dem „European Policy Paper concerning different aspects of psycho-social-support for people involved in major accidents and disasters“, im Folgenden *Policy Paper* (Seynaeve, 2001) zufolge, sollte ein Screening dabei erstmalig innerhalb einer Woche nach dem Katastropheneinsatz erfolgen. Allerdings wird auch die Erfassung akuter Belastungsfolgen bereits nach Einsatzabschluss als sinnvolle sekundärpräventive Maßnahme angesehen (Mitchell, Everly, Igl & Müller-Lange, 1998). Unklar blieben auch die Screeningmethoden, die einzusetzenden Instrumente und die für das Screening verantwortliche Person. Der Koordinator solle jedoch dafür verantwortlich sein, *dass* ein Belastungsscreening durchgeführt wird; er kann dazu eine qualifizierte Person beauftragen.

Screeningmethoden: In bisherigen Veröffentlichungen konnten nur grundsätzliche methodische Überlegungen im Hinblick auf das langfristige Screeningverfahren und die einzusetzenden Methoden gefunden werden. Es wird dabei die Entwicklung von geeigneten Screeninginstrumenten anhand folgender Grundsätze vorgeschlagen (u.a. Seynaeve, 2001):

- Zeitsparende, ökonomische Methoden für das Erstscreening;
- standardisierte Methoden;
- landesweit vergleichbare Instrumente (zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse);
- erhobene Daten sollten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und für weitere und langfristige Auswertungen geeignet sein.

Die verwendeten Screening-Methoden sollten einerseits geeignet sein, personbezogen Bedarfe abzuleiten, aber andererseits für die Evaluation (s. 6.2.1.2) auch die Möglichkeit bieten, eine Anonymisierung von Daten vorzunehmen. Daher wird die Entwicklung eines Instruments für geeignet gehalten, dass standardisierte Skalen von Fragebögen enthält, die geeignet sind, den Gesundheitszustand und das aktuelle Belastungsausmaß abzubilden und langfristig zu beobachten (z.B. General Health Questionnaire, PTSD-Symptom-Checklist o.a.) (Seynaeve, 2001).

Personen, die den Bedarf erheben, sollten aus Sicht der Interviewpartner zum einen „Fachkräfte“¹⁸ sein, die über *psychotraumatologische Grundkenntnisse* ebenso verfügen wie über ein umfassendes *PSNV-Versorgungswissen*, d.h. die die Vielfalt der *PSNV-Angebote und Anbieter* für definierte Zielgruppen, Belastungs-

18 Der Begriff wird von den Gesprächspartnern sehr uneinheitlich verwendet, er wird deswegen hier analog zum Koordinator noch undifferenziert verwendet (genauerer siehe 8.4)

merkmale sowie Zeitpunkte und (soweit bekannt) ihre *Eignung* für unterschiedliche Zielgruppen zu unterschiedlichen Zeitpunkten kennen.

Empfehlungen auf europäischer Ebene sehen die *Verantwortung* für die Gesundheit sowie körperliche und psychische Unversehrtheit hauptberuflicher und ehrenamtlicher Einsatzkräfte (damit auch für das Screening und die Bedarfsermittlung im Rahmen der PSNV) bei den *Arbeitgebern* bzw. den *Einsatzorganisationen* (z.B. Hilfsorganisationen, THW, freiwillige Feuerwehren). In einem konkreten Einsatz würde diesen Empfehlungen zufolge der *örtliche Vorgesetzte* von Einsatzkräften verantwortlich für das Screening bei „seinen“ Einsatzkräften sein.

Eingesetzte Psychosoziale Akuthilfen: Über die Interviewaussagen hinaus lassen sich aber auch ergänzende, zielgruppenübergreifende Aspekte zum erwarteten Bedarf festhalten. Im *Policy Paper* (Seynaeve, 2001), wird zielgruppenübergreifend zunächst davon ausgegangen, dass nur eine sehr geringe Anzahl an Personen (gemessen an der Anzahl der Betroffenen) langfristige psychiatrische Störungen in der Folge von Katastrophen- und Großschadenslagen entwickelt, so dass auch eine geringe Rate an akuten Reaktionen mit hohem Prädiktorwert für die Herausbildung einer PTDS angenommen werden muss. Daher erscheint es zunächst *nicht* notwendig, eine *große Anzahl* an Mental Health Professionals, also Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie nicht heilkundliche PSNV-Anbieter direkt am Schadensort vorzuhalten.

Trennung Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenenhilfen von Einsatznach-sorge: Einsatzkräfte im Zivil- und Katastrophenschutz werden, trotz dienstespezifischer Anforderungen, übereinstimmend im Rahmen der PSNV-Überlegungen als homogene Gruppe (Feuerwehr, Rettungsdienstler, Einsatzkräfte des THW) mit einem hohen Ausbildungsstand gesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sie über angemessene Bewältigungsstrategien von belastenden Einsatzerfahrungen verfügen. Einsatzkräften wird eine Basiskompetenz attestiert, (in Abhängigkeit von der Schadenslage) in der Lage zu sein, ihren Stresspegel im Vergleich mit Opfern, Angehörigen, Hinterbliebenen und Augenzeugen angemessener zu überwachen. Den Empfehlungen der Interviewpartner, PSNV-Maßnahmen an Einsatzkräfte sowie an Opfer, Angehörige und Hinterbliebene *organisatorisch* und *qualitativ* zu trennen, kann auch ausgehend von aktuellen Veröffentlichungen gefolgt werden (vgl. Seynaeve, 2001; Koordinierungsstelle Einsatznach-sorge, 2002, s. auch 7.). Die Annahme eines qualitativ und quantitativ spezifischen Bedarfs an PSNV-Angeboten für Einsatzkräfte gründet sich über die genannten Aspekte hinaus auch auf die folgenden Faktoren:

- abrufbare Algorithmen und erprobte Fertigkeiten für das Agieren in Schadenslagen und dem Umgang mit Betroffenen;
- häufiges Erleben vergleichbarer Situationen geringeren Ausmaßes im „Tagesgeschäft“ (z.B. Rettungsdienst);
- ausreichend mentale Vorbereitungszeit auf den Einsatz (Anfahrt, erste Informationen von der Leitstelle);
- hohes Ausmaß sozialer Unterstützung innerhalb von Einsatzkräftegruppen;

- angenommen werden kann, dass Einsatzkräfte Schadenslagen insgesamt kohärenter erleben¹⁹.

Langfristiges Belastungsmonitoring: Es können dennoch bestimmte Merkmale von Einsätzen bei Einsatzkräften die Ausbildung von Fehlbeanspruchungsfolgen z.B. der PTSD begünstigen (s. 3.2). Daher sollte eine koordinierte PSNV am Einsatzort *und darüber hinaus* gewährleistet werden, die gezielt psycho-soziale Bedürfnisse beteiligter Einsatzkräfte erkennt und angemessen darauf reagiert (s. auch 6.2.1.1).

Kommentar: Die Empfehlung, Vorgesetzte mit der Aufgabe des Belastungs-screenings zu betrauen, erscheint unter den gegenwärtigen Gegebenheiten nicht ganz unkritisch:

- Vorgesetzte genießen nicht immer das Vertrauen aller Einsatzkräfte (beeinflusst würde also die Veröffentlichungsbereitschaft von Einsatzkräften);
- daher wäre zudem unklar, inwiefern Einsatzkräfte bereit wären, dem Vorgesetzten (also auch dem Arbeitgeber) namentlich Angaben zu ihrem Belastungsmaß zu machen (auch mit der Befürchtung mittel- oder langfristige „gesundheitsbedingt aussortiert“ zu werden);
- Vorgesetzte haben in der Bundesrepublik flächendeckend bisher keine spezifische Qualifikation, ein Screening hinsichtlich zur Bedarfserfassung der PSNV durchzuführen.

Es bedarf daher über die Entwicklung von Standards zur Einbindung der PSNV im Einsatzfall hinaus auch der Veränderungen auf der Ebene der Einsatz-Organisationen:

- die Führungskräfteausbildung wäre um psychosoziale Inhalte, Aspekte von Belastungen und Beanspruchung in der Arbeit und organisations- und einsatzbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Einsatzkräften zu erweitern. Dazu zählen auch psychotraumatologische Grundkenntnisse (posttraumatische Belastungsreaktionen akut, chronisch, verzögert, Vulnerabilität usw.), wie auch die Kenntnis über die Eignung bestimmter PSNV-Angebote für definierte Zielgruppen, Belastungsmerkmale sowie Zeitpunkte bezogen auf den Einsatz (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention);
- einsatzbezogene Belastung und Beanspruchung sollten verstärkt auch in der Ausbildung von Einsatzkräften berücksichtigt werden. Dabei wird auch das Ziel verfolgt, Belastungen und die Reaktion angemessen bewerten zu lernen und Erschöpfung, Leistungsabnahme bis hin zu Erkrankungen nach belastenden Einsätzen als eine Folge der besonderen Konstellation von Anforderungen und Belastungen im Einsatz zu sehen, also nicht als „Schwäche“ zu werten.

¹⁹ Salutogenetisch erweisen sich hier mehr Informationen als erhöhte Erfahrung von Verstehbarkeit, fachliche Kompetenzen und praktische Fertigkeiten für die Arbeit in Großschadens- und Katastrophenlagen als erhöhte Erfahrung von Handhabbarkeit, Einfluss auf das Ergebnis und die Folgen von Großschadens- und Katastrophenlagen als Erleben von mehr Bedeutsamkeit der Tätigkeit (vgl. auch Antonovsky, 1997).

Einsatzorganisationen hätten demnach insgesamt eine größere Verantwortung für die Gesundheit ihrer Einsatzkräfte, als bislang wahrgenommen.

6.2.1.2 Dokumentation und Evaluation PSNV

Zwingend erforderlich: Die meisten Interviewpartner betonten die Notwendigkeit einer Dokumentation der PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen. Aus ihrer Sicht stelle sie eine wichtige Grundlage für die Evaluation der PSNV dar. Sie sei darüber hinaus *eine* Basis für die Ermittlung des konkreten Bedarfs an PSNV-Angeboten an verschiedenen Einsatzorten sowie für bestimmte Zielgruppen, für die Verlaufskontrolle sowie die Ableitung des Bedarfs an langfristiger psychosozialer Nachsorge und psychotherapeutischer Intervention. Für diese Zwecke wurde die Entwicklung eines hochwertigen Dokumentationschemas vorgeschlagen. Erprobte, jedoch wenig vergleichbare Instrumente gebe es dazu schon in einzelnen PSNV-Anbieterorganisationen (z.B. MHD, SbE e.V.).

Einheitlich oder nur harmonisiert? Die Empfehlungen zur Gestaltung des Dokumentationschemas waren sehr uneinheitlich (s. auch Methoden zum Screening). Einerseits wurde eine bundesweit einheitliche und verbindliche Dokumentationsvorlage gefordert, andererseits wurden Mindeststandards empfohlen, in denen zentrale Bereiche für die Dokumentation festgeschrieben sind, die große Gestaltungsspielräume auf Seiten der Bundesländer zulassen.

Instrument zur Evaluation von PSNV: Es wäre anzustreben, eine bundesweit vergleichbare Datengrundlage für eine langfristige Evaluation der PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen aufzubauen. Dazu wäre also eine bundesweite Vergleichbarkeit der verwendeten Instrumente notwendig (s. auch 6.2.1.1). Zentrale Bestandteile eines zu entwickelnden Screening-, Dokumentations- und Evaluationsschemas sind daher bundeseinheitlich festzuschreiben, wobei auf Landesebene Ergänzungen denkbar sind. Empfehlungen zu konkreten Inhalten von Dokumentations schemas (also Messinstrumente, einzelne Variablen usw.) können durch das Netzwerk-Projekt nicht gegeben werden. Unter 6.2.1.1 wurden aber Möglichkeiten vorgestellt, die sich an Empfehlungen aus dem Policy Paper (Seynaeve, 2001) anlehnen.

6.2.1.3 Informationsmanagement

Filterfunktion des Koordinators: Informationsmanagement gehört aus Sicht der Interviewpartner zu *einem* Aufgabenbereich des Koordinators. Dabei übernimmt er in erster Linie eine Filterfunktion für PSNV-relevante Informationen im Fluss von der Einsatzstelle zum Katastrophenstab bzw. zur Einsatzleitung. Als eine wichtige Aufgabe sei in diesem Rahmen die Weiterleitung relevanter Informationen z.B. an PSNV-Anbieter, die für die Durchführung von PSNV beauftragt wurden. Der Bereich PSNV sollte an Lagetreffen in der Einsatzleitung beteiligt werden, damit relevante Informationen schnell übermittelt werden können.

Informationsverteiler: Dem Informationsmanagement wurde nicht nur von den interviewten Koordinierungsexperten eine große Bedeutung im Rahmen der PSNV beigemessen, sondern auch in bisherigen Veröffentlichungen als zentraler Bereich der Koordinierung betrachtet (Seynaeve, 2001; Helmerichs, 2002; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge 2002). Kritisiert wurde häufig, dass eine Informationsweiterleitung vom Katastrophenstab/Einsatzleitung an Koordinatoren der Maßnahmen nicht in erforderlichem Maß erfolgte. Angeregt wurde daher, auf der Ebene der Katastrophenstäbe bzw. der Einsatzleitungen einen *Informationsverteiler* zu erstellen, in dem Empfänger von Informationen und Daten aufgenommen werden.

Aufklärung der Betroffenen und der Öffentlichkeit: Zu den Aufgaben des Koordinators beim Informationsmanagement gehören zudem die Information von Zielgruppen psychosozialer Angebote über Aufgaben und PSNV-Angebote, über Belastungssymptome und regionale Ansprechpartner sowie deren Zuständigkeit. Als Informationsmedien für die Zielgruppen kommen im Ergebnis der Interviewauswertung z.B. Plakate, Flyer sowie Aushänge in Rettungs- und Feuerwachen, in Leitstellen und Einsatzkräftelagern in Frage.

Pressearbeit: Große Bedeutung wurde aus der Sicht der Interviewpartner auch der Arbeit mit den Medien beigemessen. Insbesondere die regionalen Medien (Zeitungen, Rundfunk, Fernsehen) seien bei der Informationsweiterleitung für die Zielgruppe von Bedeutung. Die Pressearbeit solle aus Sicht der befragten Koordinierungsexperten in Zusammenarbeit mit dem Sachgebieten 5 bzw. 6 erfolgen, wobei eine bessere Einbindung in die Pressearbeit der Gesamteinsatzlage gefordert wurde (zu den dabei ungeklärten rechtlichen und organisatorischen Fragen s. 3.6 Rechtliche Rahmenbedingungen).

Zum Informationsmanagement zählen zusammengefasst die folgenden Teilaufgaben:

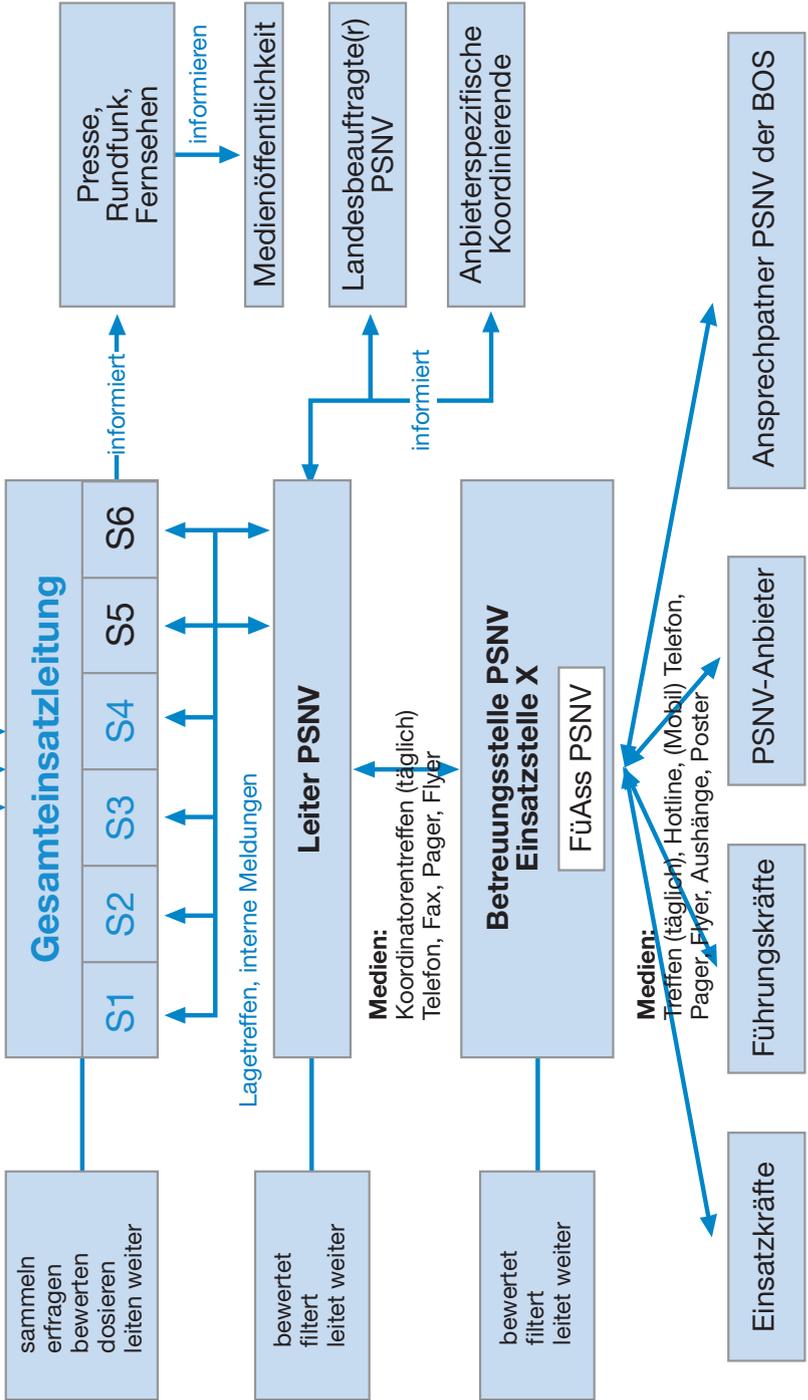
- Sammlung von Informationen,
- Weiterleitung relevanter Informationen von den Einsatzorten zur Einsatzleitung,
- Weitergabe relevanter (ausgewählter) Informationen der Einsatzleitung an Koordinatoren vor Ort bzw. an Akteure der PSNV am Einsatzort,
- Bereitstellung, Besetzung und Ausstattung angemessener Informationsknotenpunkte für Einsatzkräfte, Akteure der PSNV, Führungskräfte von Einsatzorganisationen usw. (z.B. Telefon-Hotlines),
- Verbreitung von Informationen in Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Sachgebieten S5 und S6 (Öffentlichkeitsarbeit) (Infoblätter, Aushänge, Presse, Rundfunk).

(Fußnote zur Abbildung 27 auf Seite 147)

20 Die Koordinationsfunktionen „Leiter PSNV“ und „Führungsassistent PSNV“ werden unter 8.4.3 näher beschrieben.

Abbildung 27: Informationsmanagement im Rahmen der PSNV in Großschadens- oder Katastrophensituationen²⁰

© Beerlage, Hering & Nörenberg



Kommentar: Bei der Informationsweiterleitung, sowohl von der Einsatzleitung zum Koordinierenden der PSNV und zurück aber auch bei der Information der vor Ort tätigen PSNV-Anbieter wurde ein Optimierungsbedarf erkannt. Neben einem Informationsverteiler auf der Ebene der Einsatzleitung, in dem auch der Abschnitt PSNV aufgenommen wird, sollte das Informationsmanagement als Aufgabe des Koordinators der PSNV festgeschrieben werden, wobei eine Struktur wie in Abbildung 27 seitens des Netzwerk-Projekts zusammenfassend empfohlen wird. Angeregt wurde daher, auf der Ebene der Katastrophenstäbe bzw. der Einsatzleitungen einen Informationsverteiler zu erstellen, in dem Empfänger von Informationen und Daten aufgenommen werden (Abbildung 27 siehe S. 147).

6.2.1.4 Sicherung der Akzeptanz psychosozialer Angebote

Problem Nichtinanspruchnahme: Von den Interviewpartnern wurden unterschiedliche, sich teilweise widersprechende Aussagen getroffen, wie die Akzeptanz für PSNV-Angebote verbessert werden kann (s.u.). Dieser Aspekt bekam ausgehend von einer wahrgenommenen Nichtinanspruchnahme von PSNV-Angeboten, dem gezielten Ausschluss von PSNV-Angeboten an bestimmten Einsatzorten bzw. von einer kritischen Distanzierung der Zielgruppe von bestimmten „PSNV-Angeboten“ bzw. PSNV-Anbietern in den untersuchten Großschadenslagen Bedeutung.

Generell oder selektiv? Einen großen Einfluss auf die Akzeptanz psychosozialer Angebote durch Einsatzkräfte hat aus Sicht der Interviewpartner der Zeitpunkt und die Art des „Erstkontakts“ der Einsatzkräfte mit psychosozialen Angeboten. Die Aussagen bewegten sich zwischen den Extrempolen „sofort und umfassend über PSNV informieren und konkrete PSNV-Angebote unabhängig vom Belastungsmaß unterbreiten“ (genereller Ansatz) sowie „individuelle PSNV-Angebote erst bei der Feststellung von Belastungssymptomen unterbreiten“ (selektiver Ansatz) (s. auch 6.2.1.1).

Es wird von denjenigen, die den selektiven Ansatz vorschlagen, erwartet, dass ein selektives, zurückhaltendes Angebot zu einer höheren Akzeptanz der PSNV bei Einsatzkräften beitragen kann. Das setze allerdings voraus, dass vorab (also vor der Schadenslage) im Rahmen von Aus- und Weiterbildung (Primärprävention) den Einsatzkräften Kenntnisse über Strukturen der PSNV vermittelt wurden, diese Strukturen tatsächlich und dauerhaft bestehen, Einsatzkräften Symptome, aus denen sich ein Bedarf an psychosozialen Interventionen ableiten lässt, bekannt sind und sie von Kollegen bzw. Kameraden sowie Vorgesetzten Unterstützung erfahren, also eine Inanspruchnahme psychosozialer Angebote in den Teams akzeptiert ist. Das könne aber nicht in allen Regionen vorausgesetzt werden. Alternativ wurde daher auch empfohlen, Informationen über PSNV-Angebote breit zu streuen, also allen Einsatzkräften, unabhängig vom individuellen Bedarf, PSNV-Anbieter und Ansprechpartner zu nennen.

Feldkompetenz und regionaler Bezug: Eine höhere Akzeptanz bei Einsatzkräften wurde auch für PSNV-Anbieter mit Einsatzerfahrung und regionalen Bezug durch die Interviewpartner erkannt.

6.2.1.5 Einsatz und Koordination von PSNV-Kräften

Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit: Aus der Sicht der Interviewpartner ist es notwendig, eine durchgängige, 24-stündige Absicherung psychosozialer Angebote in der Nähe der Einsatzorte zu gewährleisten. Für PSNV-Anbieter sollten *Schichtpläne* einerseits die ausreichende Verfügbarkeit, andererseits auch eine regelmäßige Ablösung der PSNV-Anbieter sicherstellen. Die Erarbeitung von Dienst- und Einsatzplänen falle in das Aufgabengebiet des Koordinators „vor Ort“, ebenso wie die Einschätzung und Überprüfung der Qualifikation von PSNV-Anbietern. Ausgehend von den Empfehlungen zur Sicherung der Akzeptanz von PSNV-Anbietern (6.2.1.4) sollten zunächst regionale PSNV-Anbieter eingesetzt werden, wenn sie in ausreichender Zahl sowie Qualifikation verfügbar sind. Im Bedarfsfall könnten diese durch Kräfte anderer Regionen unterstützt werden. Der Koordinator der PSNV vor Ort habe darüber hinaus folgende Aufgaben:

- Ausreichende Anzahl geeigneter PSNV-Kräfte zu gewinnen (u.U. anhand von Notfallplänen, Alarmierungsalgorithmen, Listen bzw. eine regionale Datenbank);
- Einsatzzeiten der PSNV-Kräfte überwachen und für angemessene Ruhezeiten sorgen (z.B. regelmäßige Ablösung);
- Bedarfsgerechter Einsatz von PSNV-Kräften bei Anforderung durch örtliche Führungskräfte;
- Unterstützung des Gesamtkoordinierenden der PSNV-Maßnahmen bei der Dokumentation sowie dem Informationsmanagement.

Empfehlungen auf europäischer Ebene zufolge (Seynaeve, 2001; s. auch Mitchell & Everly, 2002) wären Einsatzkräften während der aktiven Einsatzphase keine konkreten PSNV-Angebote zu machen. Durch die Einsatzleitung und örtlichen Vorgesetzten (Zugführer, Gruppenleiter, LNA usw.) sei allerdings dafür zu sorgen, dass:

- Einsatzkräfte vor neugieriger Presse abgeschirmt werden;
- für ausreichende Versorgung mit Speisen und Getränken gesorgt ist;
- Information über das geplante Vorgehen im Rahmen des Einsatzes gegeben werden;
- bei lang andauernden Einsätzen die Möglichkeit für Telefonate nach Hause besteht und
- ein regelmäßiger Schichtwechsel erfolgt.

Einsatzbegleitende PSNV-Angebote: Bestimmte Aufgaben können an PSNV-Kräfte vor Ort übertragen werden. Während der Einsatzphase stehen daher Maßnahmen der Entlastung und Ressourcenerweiterung im Vordergrund. Sie dienen dem Erhalt der Einsatzfähigkeit und können somit auch als Primärprävention von akuten Fehlbeanspruchungsfolgen gewertet werden. Durch Akteure der PSNV wäre in dieser Phase neben der Unterstützung bei der Durchführung o.g. Maß-

nahmen zunächst einmal das Vorgehen bei der Stressbewältigung nach Einsätzen zu planen. Ein direktes Ansprechen der Einsatzkräfte hinsichtlich PSNV sollte während des aktiven Einsatzes nicht erfolgen. Ein Screening bzw. eine Bedarfsfeststellung sollte wie unter 6.2.1.1 bereits erläutert, durch speziell geschulte Vorgesetzte der Einsatzkräfte erfolgen.

Interne Verantwortung und Amtshilfe: PSNV-Kräfte kämen dann zum Einsatz, wenn ein Bedarf durch entsprechend geschulte Führungskräfte erkannt werde (vgl. 6.2.1.1). Bei hauptberuflichen Einsatzkräften kommt dem Arbeitgeber die Aufgabe der Sicherstellung PSNV für seine Einsatzkräfte zu. Eine organisationsinterne Nachsorgestruktur wäre auch bei bundesweiten Einsatzorganisationen (wie dem THW) denkbar. Angehörige freiwilliger Feuerwehren können einerseits (z.B. durch Amtshilfe) PSNV-Angebote der Berufsfeuerwehren oder anderer regionaler BOS in Anspruch nehmen, andererseits können sie aber auch externe überregionale PSNV-Anbieter beauftragen (s. auch Abbildung 28, S. 153).

Über die individuelle (psychologische) Nachsorge hinaus (z.B. Debriefings, psychologische und seelsorgerliche Angebote usw.), wird die Beteiligung von PSNV-Anbietern an sozialen Maßnahmen erwogen (Seynaeve, 2001). Die Sicherstellung von Nahrungsmitteln, Übernachtungsmöglichkeiten für Einsatzkräfte, die Möglichkeit mit Angehörigen zu telefonieren, die Gestaltung einsatzfreier Zeiträume, Unterhaltung usw. können als Voraussetzungen für eine angemessene Entlastung und Prävention von Fehlbeanspruchungsfolgen nach belastenden Einsätzen angesehen werden. Zudem kann die frühe Einbindung von Nachsorgekräften über spezifische individuelle psychologische Angebote hinaus, auch die Akzeptanz für PSNV-Angebote bei Einsatzkräften erhöhen.

Kommentar: Inwieweit hier auch die SEGen-Betreuung einen Teil der sozialen und organisatorischen „Fürsorge“ übernehmen könnten, müsste in der Gesamtstruktur aller PSNV-Maßnahmen noch geklärt werden. Eine Einbeziehung mit definiertem Betreuungsspektrum auf der Basis erprobter Einsatzstrategien wird grundsätzlich begrüßt.

6.2.1.6 Strukturelle Voraussetzungen für eine optimierte Planung und Koordinierung

Landesweit geklärte, bundeseinheitlichen Mindeststandards folgende Koordinationsstruktur: Zur Umsetzung der thematisierten Veränderungen auf Ebene der Planung und Durchführung der PSNV in einer Großschadens- oder Katastrophenlage wird zunächst die Erstellung eines verbindlichen Koordinierungsplans für die PSNV auf der Ebene der Bundesländer von den Interviewpartnern gefordert (Bestimmung geeigneter Koordinatoren und PSNV-Anbieter sowie die Einbindung psychosozialer Angebote für Einsatzkräfte, z.B. auf der Ebene der Katastrophenstäbe) (s. dazu 7.).

Datenbank: Es wird als notwendig erachtet, ein System in Form einer bundeseinheitlichen und bundesweiten PSNV-Datenbank zu entwickeln, das es ermög-

licht, geeignete PSNV-Anbieter systematischer als bisher zu alarmieren und bei Bedarf verbindlich für bestimmte Aufgaben im Rahmen der PSNV zu beauftragen. Diese Forderung wurde bereits andernorts aufgestellt (Dombrowsky, 2002) (s. dazu 9.).

Eindeutige Qualifikationen und Bezeichnungen: Bei der Erstellung einer bundesweiten PSNV-Datenbank werden die Hürden einer Vergleichbarkeit der Qualifikationen unmittelbar erkennbar und die Einführung von Qualitätsstandards gefordert.

Kommentar: Die genannten Forderungen nach geklärten strukturellen Voraussetzungen spiegeln den engen Zusammenhang zwischen den Ebenen der Entwicklung von Standards wider, der unter 4. bereits aufgezeigt wurde. Eine getrennte Bearbeitung der Ebenen wurde vorgeschlagen. In einem ersten Schritt sei daher hier – ausschließlich für den Einsatz in der GSL – eine Struktur für eine bedarfsgerechte Bereitstellung psychosozialer Angebote für Einsatzkräfte beschrieben, die auf der Basis der Interviews und vorliegender Empfehlungen beruht. Sie beschreibt inwieweit **die PSNV in der Gesamtkoordination** (in der Einsatzleitung bzw. im Krisenstab) eingebunden sein sollte (s. Abbildung 28, S. 153).

6.2.2 Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung

Handlungsbedarf hinsichtlich der Klärung von Zuständigkeiten für PSNV in der Katastrophen- oder Großschadenslage wird von den Interviewpartnern in folgenden Bereichen gesehen:

- PSNV-Struktur in der Großschadens- oder Katastrophenlage;
- Management-/Führungsfunktionen in der PSNV;
- Einsatzbereiche/Einsatzabschnitte für PSNV-Anbieter.

6.2.2.1 PSNV-Struktur in der Katastrophen- bzw. Großschadenslage

Sehr deutlich wurde durch die Interviewpartner zum Ausdruck gebracht, dass PSNV im Großschadens- oder Katastrophenfall in einer eigenen Struktur bzw. mit ausgewiesenen speziellen Funktionen koordiniert werden sollte. Es wurden dabei eine Reihe unterschiedlicher Modelle der Einbindung PSNV in einer Großschadenslage genannt, die auch in der bisherigen öffentlichen Fachdiskussion Berücksichtigung fanden. Dazu zählen u.a. (Seynaeve, 2001; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002):

- Fachberater bzw. Koordinator PSNV im Sachgebiet 1 der Einsatzleitung (S1) oder Sachgebiet 3 der Einsatzleitung S3;
- Eigenes Sachgebiet im Katastrophenstab (S7);
- Führungsassistent PSNV am Schadens-/Einsatzort;

- Bei Polizeilagen: Fachberater PSNV im eigenen „Einsatzabschnitt Betreuung“ usw..

Eigene PSNV-Struktur: Die Ergebnisse der Auswertung der Experteninterviews, aber auch Richtlinien in europäischem Kontext sowie Erfahrungen aus zurückliegenden, umfassend evaluierten PSNV-Einsätzen (vgl. Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002) machen deutlich, dass die PSNV in einer Großschadens- oder Katastrophenlage durch eine *eigene (PSNV-) Struktur*, angesiedelt in der Einsatzleitung, koordiniert werden sollte (z.B. Fachberater PSNV, s. 8.). Teilweise wurde die Einrichtung eines eigenen Sachgebiets „Psychosoziale Versorgung“ (S7) vehement verfochten, teilweise dies ebenso vehement zurückgewiesen. Praktiker im Einsatzdienst, Führungskräfte von Einsatzorganisationen, aber auch Experten, die PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen koordinierten, halten es jedoch überwiegend für sinnvoll, PSNV unterhalb der Einrichtung eines eigenen Sachgebiets einzubinden. Auch Planungen auf der Bundesebene und in Europa legen die Einbindung in Form von Fachberatern nahe (vgl. Seynaeve, 2001; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002). Eine **Gesamtleitung aller PSNV-Maßnahmen** für beide Zielgruppen (Primär Betroffene und Einsatzkräfte) wird – **bei deutlicher Trennung der jeweils erbrachten Leistungen** – weitgehend übereinstimmend empfohlen.

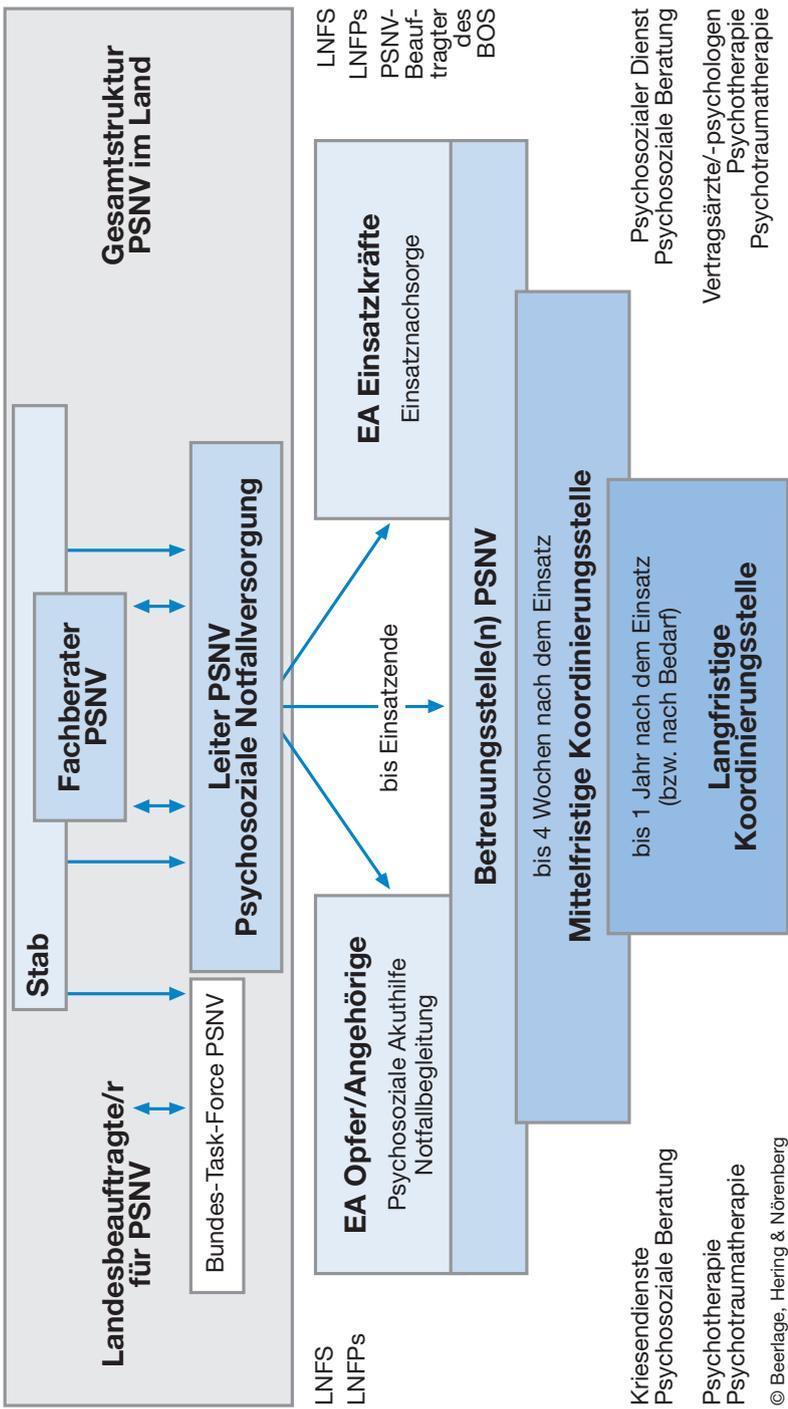
Da in Katastrophenlagen auch eine weite regionale Verteilung von Schadensorten/Einsatzstellen möglich ist, erscheint es notwendig, an den jeweiligen Einsatzorten örtliche Koordinatoren/Führungsassistenten PSNV bereitzustellen. Sie unterstützen dem Leiter aller PSNV-Maßnahmen/Leiter PSNV oder dem Stab einschließlich Fachberater PSNV, sorgen für eine angemessene Informationsweiterleitung, stellen in Absprache mit dem Fachberater PSNV in der Einsatzleitung die Verfügbarkeit und Beauftragung geeigneter PSNV-Anbieter sicher, wären zuständig für die Dokumentation, Evaluation sowie den Einsatz geeigneter PSNV-Anbieter.

Ausgehend von den bisherigen Ergebnissen wird in Abbildung 28 (S. 153) eine Struktur für die PSNV in der Großschadens- und Katastrophenlage skizziert.

Ausgehend von der Koordinierungsstruktur in der Akutphase der Großschadenslage wurden durch die Interviewpartner zudem Empfehlungen für die mittel- und langfristige Koordinierung der PSNV gegeben. Dabei wurde deutlich auf die derzeit wahrgenommenen Defizite hingewiesen, wonach eine langfristige Koordinierung der PSNV nur nach wenigen Ereignissen erfolgte (z.B. Massaker am Erfurter Gutenberg-Gymnasium, 2002). Abbildung 29 (S. 155) stellt die empfohlene Struktur zeitlich aufeinanderfolgender PSNV-Maßnahmen dar. Sie integrieren die Empfehlungen der Interviewpartner, der Veröffentlichungen (Seynaeve, 2001; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002) sowie zahlreicher Diskussionen und Gespräche während und am Rande von Arbeitskreissitzungen.

Es werden vier im engeren Sinne PSNV-Managementfunktionen unterschieden, die unterschiedliche „Koordinatoren“-Funktionen wahrnehmen (s. Glossar 8.4.3).

Abbildung 29: Zeitliche Struktur einer mittel- und langfristigen Koordinierung der PSNV nach Großschadens- und Katastrophenlagen



© Beerlage, Heiring & Nörenberg

6.2.2.2 Wer koordiniert PSNV in einer konkreten Lage?

Aufbau der PSNV-Struktur durch Bundes-Task-Force PSNV oder erfahrene Koordinatoren: Eine Struktur der PSNV in der Großschadens- und Katastrophenlagen sollte nach Aussagen des größten Teils der Interviewpartner zunächst durch das Mitglied einer bundesweiten „Task-Force“, ein bundesweit agierendes Team der PSNV bzw. einen externen Koordinator mit weitreichenden Erfahrungen in Großschadenslagen aufgebaut werden oder, bei landesweiten Lagen ohne Bedarf an bundesweiten Ressourcen (also die Lage kann mit landeseigenen Kräften und Mitteln bewältigt werden), durch die ergänzend einzurichtenden landesweit agierenden Teams. Kritisch wird hinsichtlich einer Bundes-Task-force PSNV aber auch die Gefahr angemerkt, dass dadurch regionale Kompetenzen vernachlässigt oder gar überrollt würden, mentalitätsbedingte Besonderheiten nicht erkannt oder respektiert würden und die Unter-, Bei- und Überordnungsbeziehungen nicht klar sind.

Ein bundesweit agierendes „Team PSNV“ sollte nach Aussagen der Interviewpartner eine interdisziplinäre Zusammensetzung haben, also neben Kompetenzen für die psychosoziale Unterstützung der Einsatzkräfte von Feuerwehr, Rettungsdiensten und THW auch solche für die Versorgung der Bevölkerung, von Opfern, Angehörigen sowie Hinterbliebenen aufweisen. Aber auch eine Gliederung in säkulare Krisenintervention und in Seelsorgeteams auf Bundesebene wäre aus Sicht der Interviewpartner denkbar. Dazu wurde für die Gruppe der Seelsorge-Angebote die Einrichtung einer „(Nach)Alarmierungszentrale-Notfallseelsorge und Seelsorge für Einsatzkräfte“ vorgeschlagen.

Neben einem bundesweiten „Team PSNV“ könnten nach Aussage einzelner Interviewpartner ergänzend auch Teams auf Landesebene („Landes-Task-Force PSNV“) eingerichtet werden. Angehörige beider Teamformen hätten eine vergleichbare Ausbildung. Unterschiede wären auf der Ebene der Koordinierungserfahrung denkbar, wobei Mitglieder des bundesweit agierenden PSNV-Teams neben Koordinierungserfahrung bei Großschadens- und Katastrophenlagen mit bundesweiten Auswirkungen auch internationale Koordinierungserfahrung haben sollten. Landesweite PSNV-Teams ergänzen die Kompetenzen des zunächst zum Einsatz kommenden bundesweiten Teams, dessen Aufgabe die strukturelle Einbindung der PSNV in den Katastrophenstab sowie der Aufbau lokaler Nachsorgestrukturen wäre. Landeseigene Teams könnten die Koordinierung der PSNV nach Aufbau der Strukturen im Katastrophenfall übernehmen (s.u.).

Kommentar: Unabhängig davon, ob die PSNV-Struktur von Mitgliedern der Bundes-Task-Force PSNV oder von im Bundesland verfügbaren Kräften aufgebaut wird, kommen Personen mit unterschiedlichen Funktionen²¹ die folgenden Aufgaben zu:

21 Begründungen der jeweiligen Sprachregelungen siehe unter 8.4

1. Fachberater PSNV:

- Der Fachberater PSNV ist ein Teil der Einsatzleitung.
- Er berät in Fragen der Bedarfsermittlung zur PSNV sowie der Einsetzung eines Leiters PSNV und des Aufbaus eines PSNV-Einsatzabschnittes und einer Betreuungsstelle PSNV.
- Er trägt für die Berücksichtigung aller notwendigen PSNV-Schritte im Stab Sorge und berät die Einsatzleitung in allen PSNV-relevanten Fragestellungen.
- Er koordiniert gemeinsam mit dem entsprechenden Sachgebiet (länderspezifische Regelungen!) alle PSNV-Maßnahmen auf der Ebene des Stabes.
- Er greift auf Informationen und Ressourcen des Landesbeauftragten PSNV (s. 7.2.4) zurück, insbesondere auch in Hinblick auf die Einleitung von Maßnahmen der langfristigen Nachsorge.

2. Leiter PSNV:

- Er arbeitet mit dem Fachberater PSNV mit dem Sachgebiet im Stab in der im Vorfeld geregelten Weise zusammen (s. auch 6., Abbildung 28, S. 153, Abbildung 31, S. 185).
- Er leitet **alle** Psychosozialen Akuthilfen für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie der Einsatznachsorge, d.h. er regelt den Einsatz von Kräften und Mitteln im Rahmen der PSNV.
- Er leitet die Arbeit der Führungsassistenten PSNV in den Betreuungsstellen PSNV (s. Abbildung 31, S. 185).
- Er stimmt sich mit den (zu benennenden und in Listen geführten) PSNV-Ansprechpartnern/Verantwortlichen der einzelnen BOS sowie dem Landesbeauftragten PSNV/der Landeszentralstelle PSNV (s. 7.2.4) ab.
- Er leitet alle PSNV-Maßnahmen in enger Abstimmung mit anbietersysteminternen Leitern (Leitende Notfallseelsorger, Leitende Notfallpsychologen) und Bundeskoordinatoren der Hilfsorganisationen.
- Weisen Personen oder Teams Mehrfachqualifikationen für unterschiedliche Zielgruppen und Aufgaben vor, kann der Leiter PSNV bei vorherrschender Unter- bzw. Ungleichversorgung über den Einsatzabschnitt und die wahrzunehmende Aufgabe bestimmen. Der Auftrag und nicht das Angebot bestimmen den Einsatzort.
- Er koordiniert die interministerielle Abstimmung der PSNV, wenn mehrere Ministerien involviert sind (z.B. Erfurt: Innenministerium, Kultusministerium, Gesundheitsministerium, oder bei einem Busunglück größeren Ausmaßes: Innenministerium, Gesundheitsministerium und Verkehrsministerium; oder bei Ereignissen mit dem Schadensort im Ausland und geschädigten Bundesbürgern bzw. im Inland betroffenen Bürgern anderer Staaten: Auswärtiges Amt).

- Er regelt nach Beratung durch den zu benennende Landesbeauftragten PSNV die Alarmierung und Zusammenarbeit mit den hinzugezogenen überregionalen PSNV-Kräften.
- Er prüft die Befugnis der Mitwirkung von PSNV-Anbietern auf der Grundlage der qualifizierten Ausweise.
- Er übergibt die Leitungsaufgabe an die Leiter einer ggf. eingerichteten Koordinierungsstelle im Rahmen der mittel- und langfristigen Nachsorge.

3. Führungsassistent PSNV:

- Er wird als Abschnittsführer für die Unterabschnitte Opfer/Angehörige oder Einsatzkräfte bzw. in einer integrierten Betreuungsstelle PSNV für beide Zielgruppen eingesetzt.
- Er untersteht dem Leiter PSNV.
- Die Aufgabenstellung und Funktion des Führungsassistenten PSNV ist mit dem organisatorischen Leiter Rettungsdienst zu vergleichen.
- Er koordiniert die eingesetzten PSNV-Anbieter und ist für alle organisatorischen Aufgaben zuständig.
- Er hält einen engen Kontakt zur Einsatzleitung (s. 6.2.1.3).

Spezielle Management- bzw. Führungsqualifikation erforderlich: Die Interviewpartner betonen einhellig, dass als Voraussetzung für die oben weiter differenzierte, koordinierende Tätigkeit in Großschadens- und Katastrophenlagen eine spezifische Qualifikation notwendig sei, die durch eine theoretische und praktische Ausbildung erworben werden kann.

Unter diesem Gegenstandsbereich wurden die sehr unterschiedlichen Standpunkte zu Zugangsvoraussetzungen koordinierender Personen deutlich. Im Ergebnis der Auswertung der Interviews ergab sich aber ein bestimmtes Muster.

Für die Akutphase, also unmittelbar nach Feststellung der Großschadens- oder Katastrophenlage, wird ein erfahrener (und bislang zumeist noch) überregionaler Koordinator als geeignet gesehen. Er sollte qualifiziert sein, eine Nachsorgestruktur aufzubauen und die beginnenden Arbeiten zu leiten und zu überwachen. Darüber hinaus hat er Erfahrungen als Koordinierender aus bisherigen Großschadenslagen sammeln können. Der Koordinator leitet alle Aktivitäten im Rahmen der PSNV in Absprache mit dem Fachberater PSNV, der auf der Ebene der Einsatzleitung angesiedelt ist (s. 7.). Für die mittel- und langfristige Koordinierung PSNV werden regionale Kompetenzen als zweckmäßiger angesehen. Von ihnen wird ein besserer Überblick über regional verfügbare PSNV-Anbieter sowie weitere Kompetenzen bei der Überleitung zur langfristigen Versorgung erwartet. Das setzt voraus, dass mittelfristig eine enge Verzahnung mit Anbietern der regulären psychosozialen Versorgung erfolgt.

Koordinatoren der PSNV haben in einer Großschadens- oder Katastrophenlage ein breites Aufgabenspektrum zu erfüllen. Einzelheiten zu den Aufgaben der koordinierenden Person sind in 6.2.1.5 genauer ausgeführt.

Kommentar: Die Empfehlung zum Aufbau der Struktur durch i.d.R. überregionale, erfahrene Koordinatoren erscheint solange zwingend, wie nicht flächendeckend eine ausreichende Zahl von Personen für PSNV-Management- und Führungsaufgaben qualifiziert wurden. Gerade aber der mehrfach erfolgte Hinweis auf Spannungen und fehlende Akzeptanz, die aus fehlender regionaler Einbindung und „fremder Mentalität“ resultierten (sei es entlang der Elbe oder in Überlingen oder in Erfurt) unterstreicht u.E. die dringende Notwendigkeit, Personen *in den Ländern* für Leitungs- und Koordinationsaufgaben in der PSNV zu qualifizieren. Zudem wird die Forderung nach einer *PSNV-Management- und Führungsqualifikation* nach bundeseinheitlichen Standards (und auch nach einer zentralen Ausbildung, etwa an der AKNZ) aufgestellt (s. 8.).

Von den Interviewpartnern wurden notwendige Kompetenzen benannt. Dabei gingen die bereits als Koordinatoren tätigen Personen implizit auch von eigenen Kompetenz- und Qualifikationsprofilen aus. Spezifische Gruppen – Leitender Notfallseelsorger (LNFS), Leitender Notfallpsychologe, Bundeskoordinator einzelner PSNV-Anbieterorganisationen, Leiter des KIT am Schadensort – waren vor diesem Hintergrund nicht systematisch und auszuwerten.

Der Hinweis auf PSNV-Management- und Führungskompetenzen einerseits, regionales Netzwerk- und Versorgungswissen andererseits sowie die längerfristige Einbettung aller Maßnahmen verweist darüber hinaus auf zwei Strukturen, die auch in den Bildern der Vernetzung deutlich wurden: einerseits die „*ereignisbezogene Koordinierungsstelle*“, andererseits die „*Dauereinrichtung Landeszentralstelle PSNV*“. Wie diese Kompetenzen gelingend verknüpft werden könnten zeigen auch Überlegungen in 7.2.4.

6.2.2.3 Phasen- und bereichsspezifische Kompetenzen von PSNV-Anbietern

Im Rahmen der Interviews wurde auch empfohlen, welche PSNV-Anbieter für welche Zielgruppen zuständig sein sollten bzw. für welche Einsatzbereiche bestimmte Kompetenzen als geeignet angesehen werden. Sprachregelungen, also der Versuch einer Standardisierung von Bezeichnungen von PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern, werden unter 8. vorgestellt. An dieser Stelle werden zunächst die Empfehlungen aus den Interviews mit Koordinierungsexperten zusammengefasst.

Ausweis über Qualifikationen: Alle PSNV-Anbieter sollten nach einhelliger Einschätzung für ihre Aufgabe angemessen und spezifisch qualifiziert sein. In bisherigen Großschadens- und Katastrophenlagen wurden jedoch regelmäßig Schwierigkeiten benannt, die Qualifikation bestimmter PSNV-Anbieter zu überprüfen. Obwohl Kriterien für den Ausschluss sehr deutlich zum Ausdruck

gebracht wurden (z.B. Ausschluss von Sekten und nicht feldkompetenten PSNV-Anbietern), die weitgehend unstrittig sind, werden Schwierigkeiten bei der Prüfung der Qualifikation von PSNV-Anbietern deutlich, da es kaum vergleichbare und standardisierte Abschlüsse im Feld der PSNV gibt. Der Ausschlussgrund „mangelnde Qualifikation“, der einhellig anerkannt wurde, lässt sich unter diesen Voraussetzungen nur schwer genau beschreiben und in der Praxis kaum unabhängig und sachlich überwachen. Unter 7.2.3 und 7.2.4 wird dieses Problem näher beleuchtet (z.B. standardisierte Ausweise).

Eindeutige Zuordnung von PSNV-Angeboten zu Zielgruppen und Zeitfenstern: PSNV-Anbieter sollten aus der Sicht der Interviewpartner zielgruppenspezifische Kenntnisse haben (also qualifiziert sein, PSNV-Maßnahmen bei Einsatzkräften oder Betroffenen und deren Angehörigen durchzuführen). Zur Verbesserung der Akzeptanz psychosozialer Angebote, insbesondere bei Einsatzkräften, wurde angeregt, Einsatznachsorge-Anbieter einzusetzen, die selbst Einsatzerfahrung haben oder aus den Reihen der Einsatzkräfte qualifiziert wurden (z.B. Peer- oder Mediatorenmodelle). Auch wurde angenommen, dass regional bekannte PSNV-Anbieter zielgruppenübergreifend eher Akzeptanz finden als PSNV-Anbieter, die keinen regionalen Bezug haben (s. 6.2.1.4).

Umfassende Sicherstellung: Insbesondere für hauptberuflich beschäftigte Einsatzkräfte (z.B. der Rettungsdienste und Berufsfeuerwehren) wird zur Sicherstellung einer umfassenden PSNV – auch über das Extremereignis hinaus – der Aufbau organisations- bzw. behördeninterner PSNV-Angebote als sinnvoll angesehen. Feuerwehrinterne PSNV-Angebote sind z.B. in Form von bereits bestehenden psychosozialen Diensten in den Berufsfeuerwehren denkbar. Darüber hinaus können durchaus verbindliche Vereinbarungen mit externen PSNV-Anbietern geschlossen werden, die eine psychosoziale Versorgung in Organisationen sicherstellen, die hauptberuflich Einsatzkräfte beschäftigen und die zudem auch bei Bedarf PSNV-Angebote im Spektrum der Primär- und Sekundärprävention an regionale freiwillige Feuerwehren (und ggf. ehrenamtliche Kräfte im Katastrophenschutz) unterbreiten (Struktur s. Abbildung 28, S. 153).

Voraussetzung Beauftragung: Grundsätzlich sollte ein Einsatz von PSNV-Anbietern nur nach Beauftragung durch den Koordinierenden PSNV/Leiter PSNV bzw. nach einer Alarmierung durch den Katastrophenstab erfolgen. So kann sichergestellt werden, dass nur geeignete PSNV-Anbieter, die eine bundesweit im Bevölkerungsschutz akkreditierte Ausbildung nachweisen können, PSNV-Maßnahmen durchführen.

Einbeziehung psychosozialer und sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Kompetenz: Als PSNV-Anbieter wurde das breite Spektrum derzeit verfügbarer PSNV-Angebote genannt (z.B. KIT, SbE, Notfallseelsorge usw.). Ergänzt wurden die Nennungen durch den Vorschlag, bei Großschadens- oder Katastrophenlagen, bei denen persönliches Eigentum zerstört wurde oder materielle Probleme einen massiven Problemdruck erzeugen, auch *psychosoziale Beratung* und *sozialpädagogische Angebote* zu berücksichtigen. Sie können Betroffenen wie Einsatzkräften, die bei Lagen, wie z.B. katastrophales Hochwasser, Teile ihres persönlichen

Eigentums verloren, Unterstützung bei der Beantragung staatlicher Hilfen bieten und bei der bedarfsgerechten Verteilung von Spendenmitteln mitwirken. Umgekehrt würden bei der Behandlung materieller Problemlagen somit auch psychosoziale Folgebelastrungen erkennbar, die nicht notwendig auch zum Abfragen notfall-/einsatznachsorgender Hilfen geführt hätten.

6.2.2.4 Strukturelle Voraussetzungen für eine optimierte Klärung von Zuständigkeiten im Rahmen der Koordinierung

Qualifizierung für PSNV-Management- und Führungsaufgaben: Die bundeseinheitlichen (Mindest-)Standards folgende Qualifizierung einer ausreichenden Zahl von Personen auf Landes- und Bundesebene ist dringend erforderlich für ihre Beauftragung zur Wahrnehmung von Management- und Führungsaufgaben in der PSNV in Großschadenslagen/komplexen Einsatzsituationen mit erhöhtem PSNV-Koordinierungsaufwand..

Funktionen und Einsatzabschnitte: Einsatzbezogene und langfristig nachsorgende sowie zielgruppenspezifische PSNV-Strukturen müssen innerhalb der Länder und länderübergreifend harmonisiert vereinbart werden.

Kennzeichnung: Besonderer Klärungsbedarf wird bei der Kennzeichnung von PSNV-Anbietern gesehen. Der Vorschlag, einen Ausweis für PSNV-Anbieter zu entwickeln, auf dem optional die vorhandenen (Mehrfach-)Qualifikationen ausgewiesen werden können, wird in 7. aufgriffen. Die Ausweise sollten auf (Landes- oder) Bundesebene standardisiert werden.

Finanzierung: Auf der Ebene der Rahmenbedingungen wäre aus Sicht der Interviewpartner zudem zu klären, wie der Einsatz von Koordinatoren und Fachkräften PSNV zu finanzieren wäre. Bisher sind die rechtlichen Rahmenbedingungen dazu nicht geklärt, wie auch die Frage des Versicherungsschutzes von Fachkräften PSNV im Einsatzfall ungeklärt ist.

6.2.3 Einsatz von Kräften und Mitteln im Rahmen der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen

Die Empfehlungen von Interviewpartnern bezogen sich auf:

- Passung von PSNV-Angeboten und Bedarfen sowie
- Spektrum der PSNV-Angebote.

Auf den Bereich „Passung Angebote und Bedarfe“ wurde bereits unter 6.2.1.1 eingegangen, daher wird er zur Vollständigkeit genannt, aber nicht weiter ausgeführt.

6.2.3.1 Angebote im Rahmen der PSNV

Die Empfehlungen dazu, welche Anbieter in die PSNV einbezogen werden sollen, decken sich weitgehend mit bisherigen Veröffentlichungen zu PSNV in Großschadens- und Katastrophenlagen an. Unter 6.2.1.5 und 6.2.2.3 wurde bereits ein Überblick über PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter gegeben, die aus der Sicht der Interviewpartner in die PSNV einbezogen werden können. Diese Übersicht wird hier um Aspekte ergänzt, deren Sicherstellung als originäres Aufgabenfeld von Koordinierenden der PSNV in einer Großschadens- oder Katastrophenlage gesehen wird:

Als erweiterte PSNV-Angebotsressourcen werden angeführt:

- die Einrichtung einer Hotline als Schnittstelle zwischen Hilfesuchenden und Angeboten sowie als Informationsportal (Bereich PSNV i.e.S., aber auch auf sozialadministrative Aspekte erweiterbar);
- die Sicherstellung der materiellen Ausstattung für Koordinatoren und PSNV-Kräfte (PC, (Mobil)Telefone, Fahrzeuge, Räumlichkeiten usw.);
- die Einbeziehung psychotraumatologischer Fachkräfte und Fachkräfte der regulären psychosozialen Versorgung (nach Klärung von Kostenträgern, s. 6.2.4.3);
- die Einbeziehung von Angeboten für die Überleitung von der Akut- zur Langzeitversorgung;
- die Sicherstellung der Pressearbeit im Rahmen PSNV durch journalistisch erfahrene Personen;
- die vorrangige Berücksichtigung von Peer-Angeboten für Einsatzkräfte;
- die Sicherstellung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker bei Evakuierungen.

Kommentar: Eine genaue Bezeichnung spezifischer PSNV-Angebote ist immer dort, wo sie über vergleichsweise gut definierte Angebotsmodule wie CISM, SbE, Notfallseelsorge oder KIT hinausgehen, nicht unproblematisch. Derzeit existieren für einen Großteil der PSNV-Anbieter keine einheitlichen oder vergleichbaren **Ausbildungsstandards** in der Bundesrepublik Deutschland. Auch fehlen einheitliche **Sprachregelungen** für vergleichbare PSNV-Angebote. Zudem steht die Klärung der Wirksamkeit bestimmter PSNV-Angebote für definierte Zielgruppen und bestimmte Zeiträume aus²². Vorschläge, wie Bezeichnungen von PSNV-Anbietern einheitlich erfolgen können, sind unter 8.4.3 enthalten.

22 Dazu werden derzeit zwei Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums des Innern an der LMU München unter der Leitung von Professor Willi Butollo durchgeführt (vgl. Butollo, Krüsmann, Schmelzer, Karl & Müller-Cyran, 2003a-h).

6.2.3.2 Strukturelle Voraussetzungen für einen optimierten Einsatz unterschiedlicher PSNV-Angebote

Qualifikationen: Empfehlungen der Interviewpartner zu Rahmenbedingungen auf der Ebene des Bundes, decken sich weitgehend mit den Ausführungen in 6.2.2 (Bundes-Task-Force PSNV bzw. Qualifizierung Krisenmanagement- und Führungsfunktionen).

Regionale Zusammenarbeit und Vernetzung: Auf regionaler Ebene lassen sich die Empfehlungen zwei Gruppen zuordnen. Einerseits sollten Vernetzungsbestrebungen zwischen den verschiedenen (auch überregionale agierenden) PSNV-Anbietern vorangetrieben werden. Andererseits werden Reserven bei den Behörden und Organisationen gesehen, die haupt- und ehrenamtliche Einsatzkräfte beschäftigen. Hier wären auch Strukturen notwendig, um Einsatzkräften vor und nach belastenden Einsätzen im Rahmen von Großschadens- oder Katastrophenlagen angemessene Unterstützungsangebote zu unterbreiten.

Finanzierung: Ungeklärt ist bisher die Frage nach der Finanzierung von PSNV-Maßnahmen, insbesondere bei Beauftragung externer PSNV-Anbieter und bei PSNV-Maßnahmen für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene.

PSNV-Datenbank: Es wurde angeregt, verfügbare PSNV-Anbieter und Koordinatoren, sowie deren spezifische Expertise, ihre Verfügbarkeit und Einsatzbereiche in eine bundesweite PSNV-Datenbank aufzunehmen (vgl. 6.2.1.6, s. auch 9.). Über Standards der Erfassung erfolgten keine Aussagen.

6.2.4 Qualifikation von Koordinatoren und Anbietern der PSNV

Handlungsbedarfe bei der Ausbildung, einerseits von Koordinierenden der PSNV in Großschadens- oder Katastrophenlagen, andererseits von PSNV-Anbietern sind von den Interviewpartnern zahlreich angesprochen worden. Zentrale Interessen waren dabei die Definition von Ausbildungsstandards, die Vergleichbarkeit von Qualifikationen, die Kennzeichnung von Fachkräften (z.B. durch einen einheitlichen Ausweis) sowie die einheitliche Verwendung von Begriffen.

6.2.4.1 Anforderungen an Koordinatoren in der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen

Koordinatoren in der PSNV sehen sich in Großschadens- und Katastrophenlagen mit einem komplexen Aufgabenspektrum konfrontiert. Neben der Planung und Kontrolle eines bedarfsgerechten Einsatzes von PSNV-Anbietern stehen Aufgaben im Vordergrund, die ein hohes Maß an organisatorischen sowie kommunikativen Fähigkeiten, an sozialer Kompetenz (Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen, Delegation von Aufgaben), an Kenntnissen der Struktur in Katastrophenlagen, der Einsatztaktik, psychotraumatologische Grundkenntnisse etc. voraussetzen (vgl. 6.2.1.5 und 6.2.2.3).

Neben der *Akzeptanz* bei den PSNV-Anbietern und Zielgruppen sowie der *Empfehlung* durch erfahrene Koordinatoren wurden von den Interviewpartnern eine Reihe von einzelnen Erfahrungen, Haltungen und Skills für die koordinierende Tätigkeit genannt, die in drei Bereiche gegliedert werden können (Tabelle 12):

- *persönliche Voraussetzungen*;
- *praktische Erfahrungen und*
- *weitere Voraussetzungen*.

Tabelle 12: Voraussetzungen zur Ausübung koordinierender Tätigkeiten in Großschadens- und Katastrophenlagen

| persönliche Voraussetzungen | praktische Erfahrungen | weitere Voraussetzungen |
|-----------------------------|---|--|
| Analytisches Denkvermögen | Einsatzerfahrung | Akzeptanz bei PSNV-Anbietern und Zielgruppen |
| Schnelle Auffassungsgabe | Ortskenntnis ¹ | Empfehlung durch erfahrene Koordinatoren |
| Orientierungssinn | Interdisziplinäre Führungserfahrung | |
| Stressbewältigungskompetenz | Kenntnis von Strukturen im Katastrophenfall | |
| Selbstvertrauen | Teilnahme an Kat.-Schutzübungen | |
| Soziale Kompetenz | | |
| Kontaktfähigkeit | | |
| Überzeugungskraft | | |
| Kommunikationsfähigkeit | | |
| Entscheidungsfreude | | |
| Teamfähigkeit | | |
| Netzwerkdenken | | |
| Katastrophen-tauglichkeit | | |
| Delegationsfähigkeit | | |
| Kreativität | | |

¹ oder Verfügbarkeit eines ortskundigen Führers bei überregionalen Koordinierenden

Zur Vorbereitung auf den Einsatz im Rahmen der Koordinierung wird eine Ausbildung mit theoretischen und praktischen Anteilen vorgeschlagen (s. 6.2.4.2).

6.2.4.2 *Ausbildungsinhalte zur Vorbereitung auf koordinierende Tätigkeiten in der PSNV in Großschadens- bzw. Katastrophenlagen*

Die koordinierende Tätigkeit in Großschadens- oder Katastrophenlagen für Einsatzkräfte und darüber hinaus erfordert aus Sicht der Interviewpartner eine fundierte Ausbildung. Es wird eine Qualifizierung angeregt, die sowohl praktische als auch theoretische Anteile integriert.

Für die praktische Ausbildung wird insbesondere die Teilnahme an Katastrophenschutzübungen als integraler Bestandteil gesehen. Bisher wurde die PSNV kaum in Katastrophenschutzübungen eingebunden. Hier wären Regelungen z.B. in den Katastrophenschutzgesetzen der Länder oder Angebote in der Bund-Länder-Zusammenarbeit denkbar.

Im Rahmen der theoretischen Ausbildungen sollten nach Aussagen der Interviewpartner folgende Themenfelder vermittelt oder behandelt werden:

- Arbeits- und klinisch-psychologische, psychiatrische, sowie i.e.S. psychotraumatologische Grundkenntnisse (z.B. psychische Belastung und (Fehl-) Beanspruchung, Formen, Ursachen, Symptome Epidemiologie, psychischer Störungen insbesondere psychischer Traumafolgestörungen);
- Strukturen im Katastrophenfall (Stäbe, Einsatzleitungen) sowie Einsatztaktik;
- Methoden in der PSNV, PSNV-Angebote und -Anbieter (SbE, KIT, Notfallseelsorge, ENT, Peers usw.);
- Bedürfnisse und Bedarfe nach belastenden Einsätzen und Ereignissen;
- Erfahrungsberichte von Koordinierenden.

Kommentar: Diese Anregungen und Standards müssten in einer bundeseinheitlichen, (Mindest-)Standards entsprechenden Qualifikation noch einmal aufgegriffen und abgestimmt werden. Dem Prozess einer Festlegung durch eine verantwortliche Institution und Expertengruppe sei hier noch nicht vorgegriffen, da sich erkennbare und erhebliche Differenzen abzeichnen, deren Tragweite den hier umgesetzten Forschungsauftrag weit überschreiten.

6.2.4.3 *Strukturelle Voraussetzungen für die Klärung von Qualifikationen*

Im Ergebnis der Auswertung wurde deutlich, dass insbesondere auf der Ebene der Standardisierung von PSNV-Qualifikationen ein großer Handlungsbedarf gesehen wird. Zudem wurde eingeschätzt, dass auf der Ebene der Qualitätssicherung von Qualifizierungsmaßnahmen Reserven bestehen, die ausgeschöpft werden sollten. Die einzelnen Empfehlungen hatten aber insbesondere bei den regionalen Verbindlichkeiten eine große Variationsbreite. Es bestand weitgehend Einigkeit darin, Standards der Qualifizierung zu entwickeln, nicht jedoch darin, ob Stan-

dards bundesweit verbindlich sein sollten oder ob auf der Bundesebene lediglich Mindeststandards zu definieren wären und damit der Gestaltungsspielraum auf der Ebene der Bundesländer weiter bestehen würde. Ähnlich uneinheitlich waren Aussagen, die sich auf die regionale Ebene der Verbindlichkeit von Qualitätsstandards für die Qualifizierung von Koordinatoren PSNV sowie PSNV-Anbietern bezogen.

Es wurde für erforderlich gehalten, sowohl für PSNV-Anbieter als auch für Koordinatoren einen einheitlichen Ausweis zu entwickeln. Ein Ausweis erscheint jedoch erst dann sinnvoll, wenn die Qualifikationen von PSNV-Anbietern weitgehend einheitlich sowie vergleichbar sind und Kriterien entwickelt wurden, anhand derer die Qualität von Qualifizierungsmaßnahmen in diesem Bereich bemessen und gesichert werden kann (s. 7.2.2).

6.2.5 Schlussbetrachtung

Der Schwerpunkt der Auswertung der Interviews mit Koordinierungsexperten lag auf den SOLL-Formulierungen hinsichtlich der konkreten Koordinierung in Großschadens- und Katastrophenlagen sowie den (noch) zu klärenden Rahmenbedingungen. Innerhalb der Gegenstandsbereiche der Auswertung, also Planung und Durchführung der Koordinierung der PSNV, Zuständigkeiten, Einsatz von Kräften und Mitteln sowie Qualifikation, ergaben sich eine Reihe von Mustern, also Bereiche, in denen Klärungs- und konkreter Handlungsbedarf gesehen wird. Es wurde deutlich, dass gegenstandsbereichsübergreifend, vorrangig in Fragen der Standardisierung, Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit Entwicklungsarbeit zu leisten sei.

Diese Entwicklungsarbeit umfasse sowohl sehr konkrete Bereiche wie die Dokumentation und Evaluation der PSNV, Finanzierung oder Ausbildung von koordinierend Tätigen und PSNV-Anbietern, als auch Fragen der latenten und/oder ereignisspezifischen Strukturierung der PSNV auf der Ebene des Bundes und der Bundesländer. Klärungsbedarf kann insbesondere bei der Verbindlichkeit bundesweiter Standards für die Strukturierung der PSNV auf Ebene der Bundesländer abgeleitet werden, weil hier die Aussagen uneinheitlich waren. Es besteht aber die Möglichkeit der Annäherung, wenn auf Bundesebene Mindeststandards festgelegt würden, die den Bundesländern bestimmte Freiheitsgrade und Gestaltungsspielraum einräumen, ohne das dadurch eine Vergleichbarkeit von Qualität und Eignung der Strukturen, der Koordinierenden, der PSNV-Angebote sowie der PSNV-Anbieter gefährdet wäre.

In die Klärung struktureller Bedingungen fließen auch Aspekte der Finanzierung der Koordinatoren einerseits, der von PSNV-Anbietern andererseits ein. Der Klärungsbedarf wurde von den Interviewpartnern deutlich benannt. Unklar ist demnach bisher, ob und wie Fachkräfte der regulären psychosozialen Versorgung Leistungen der Sekundärprävention/Krisenintervention abrechnen können, die sie für belastete Einsatzkräfte und/oder Betroffene im Rahmen der psychosozialen Akuthilfen erbrachten, bei denen aber eine Diagnose mit Krankheitswert nach

ICD 10 oder DSM IV (zum Glück noch) nicht vorlag, die wiederum jedoch eine Voraussetzung der Durchführung und Abrechnung der heilkundlichen Tätigkeit darstellt.

Somit erweist sich nicht-therapeutisches, sekundärpräventives Handeln von freiberuflich Tätigen über den üblichen Abrechnungsweg als nicht finanzierbar, wenn keine Pauschal-Regelungen (wie z.B. in der Akut-Betreuung-Wien) vorliegen. Vielfach wurde zudem kritisiert, dass die Finanzierung bestehender KIT's langfristig teilweise nicht gesichert sei und ein ehrenamtlicher Einsatz (vergleichbar mit dem von Einsatzkräften der freiwilligen Feuerwehren) nicht entschädigt werde. Ebenso wenig sei eine Arbeits-Freistellung von ehrenamtlichen Nachsorgekräften (z.B. ENT und KIT-Mitglieder) im Falle der Alarmierung befriedigend geregelt und bedürfe zumeist der wohlwollenden Unterstützung von Vorgesetzten und Arbeitgebern.

Durch die Interviews ergaben sich nach dem derzeitigen Auswertungsstand auch Handlungserfordernisse auf politischen Ebenen, die bereits in einer Reihe von Veröffentlichungen Erwähnung fanden (vgl. BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002; Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002). Durch ein breites Spektrum an Expertise, das die Interviewpartner einbrachten, konnten die bisher eher einzeln stehenden Empfehlungen gebündelt und teilweise um Aspekte ergänzt werden, die bisher nicht berücksichtigt wurden, aber als hochrelevant einzuschätzen sind. Dazu zählt z.B. die Einbindung sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Kompetenzen in die PSNV, die flächendeckende Qualifizierung für Management- und Führungsaufgaben im Bereich PSNV, die Kennzeichnungsregelung nach tätigkeitsspezifischen Qualifikationen u.v.m., die unter 7. wieder aufgegriffen werden.

7. Standards der strukturellen Einbindung von PSNV – Harmonisierung und Qualitätssicherung

7.1 Vorbemerkungen

Wie in 6. deutlich wurde, besteht ein dringender Bedarf zur Klärung struktureller Rahmenbedingungen als Voraussetzung einer koordinierten PSNV im Großschadens- bzw. Katastrophenfall. Die im Folgenden angestellten Überlegungen sollen vor allem für die zu klärenden Fragen und Aufgaben einen politischen und fachlichen Ort benennen, an dem ihre Klärung erfolgen kann.

Dabei werden sowohl die Ebenen des Bundes als auch der Länder und Gemeinden einerseits, der Behörden und Organisationen andererseits angesprochen. Die Reihenfolge der Behandlung in diesem Bericht (Bund, Länder, Gemeinden, BOS) entspricht *nicht* der Darstellung einer *Hierarchie*, in der die Klärungen in Angriff genommen werden sollten; zeitgleich ablaufende arbeitsteilige Prozesse der Umsetzung sind – nach späterer Annahme und ggf. vorgenommenen Modifizierungen der hier vorgeschlagenen Struktur durch die Verantwortlichen – auf allen Ebenen möglich und im Sinne einer raschen Umsetzung der Empfehlungen sinnvoll.

Zugleich sei darauf verwiesen, dass alle vorgestellten Empfehlungen erst auf der politischen Ebene und nach Berücksichtigung der Stellungnahmen der Behörden, Institutionen und PSNV-Anbieterorganisationen bindenden Charakter bekommen. Aufgaben, die kein harmonisiertes Vorgehen erfordern, könnten bei bestehenden Handlungsbereitschaften in den Ländern z.B. (Landeszentralstelle PSNV) und BOS (z.B. Sicherstellung, Ansprechpartner) jedoch als Beitrag zur Gesamtstruktur umgesetzt werden

Die strukturellen Vorschläge werden vor dem Hintergrund folgender Leitlinien entwickelt:

- Die Regelung sollen Entlastungen bringen, statt zusätzliche Belastungen durch Regeln zu erzeugen.
- Ziel ist die maximale (Qualitäts-)Standardisierung auf der Bundesebene bei Wahrung der maximalen (Organisations-)Freiheitsgrade der Länder, Kommunen sowie Behörden und Organisationen.
- Die Standardisierung soll durch Einigung auf *Mindeststandards* auf dem Konsenswege ermöglicht werden.
- Es sollen möglichst wenige neue Ebenen und strukturelle Komponenten definiert werden; vielmehr werden Lösungen innerhalb bereits bestehender Strukturen, Verantwortlichkeiten und gesetzlicher Regelungen in Behörden, Organisationen und Verwaltungen gesucht.

- Die Regelungen sollen katastrophentaugliche Spielräume für das Handeln unter Ausnahmebedingungen lassen (s. auch Weick & Sutcliffe, 2001)²³.
- Es sollten eher weniger als mehr Koordinatoren und Koordinationsinstanzen vorgesehen werden.
- Es wird keine Zerstörung bereits arbeitender Strukturen, jedoch deren Optimierung angestrebt.
- Es soll die bestehende und zunehmende bedürfnisgerechte und zeitfensterabhängige Vielfalt von PSNV-Angeboten bezogen auf definierte Aufgaben und Wettbewerb erhalten bleiben bei gleichzeitiger Sicherstellung der Erfüllung von Mindeststandards.
- Qualitätskriterien sollen auf definierte Aufgaben bezogen sein statt auf Berufs- und PSNV-Anbietergruppen.
- Eine langfristige Qualitätssicherung ist durch die Implementierung einer Fortschreibungspraxis zu gewährleisten.

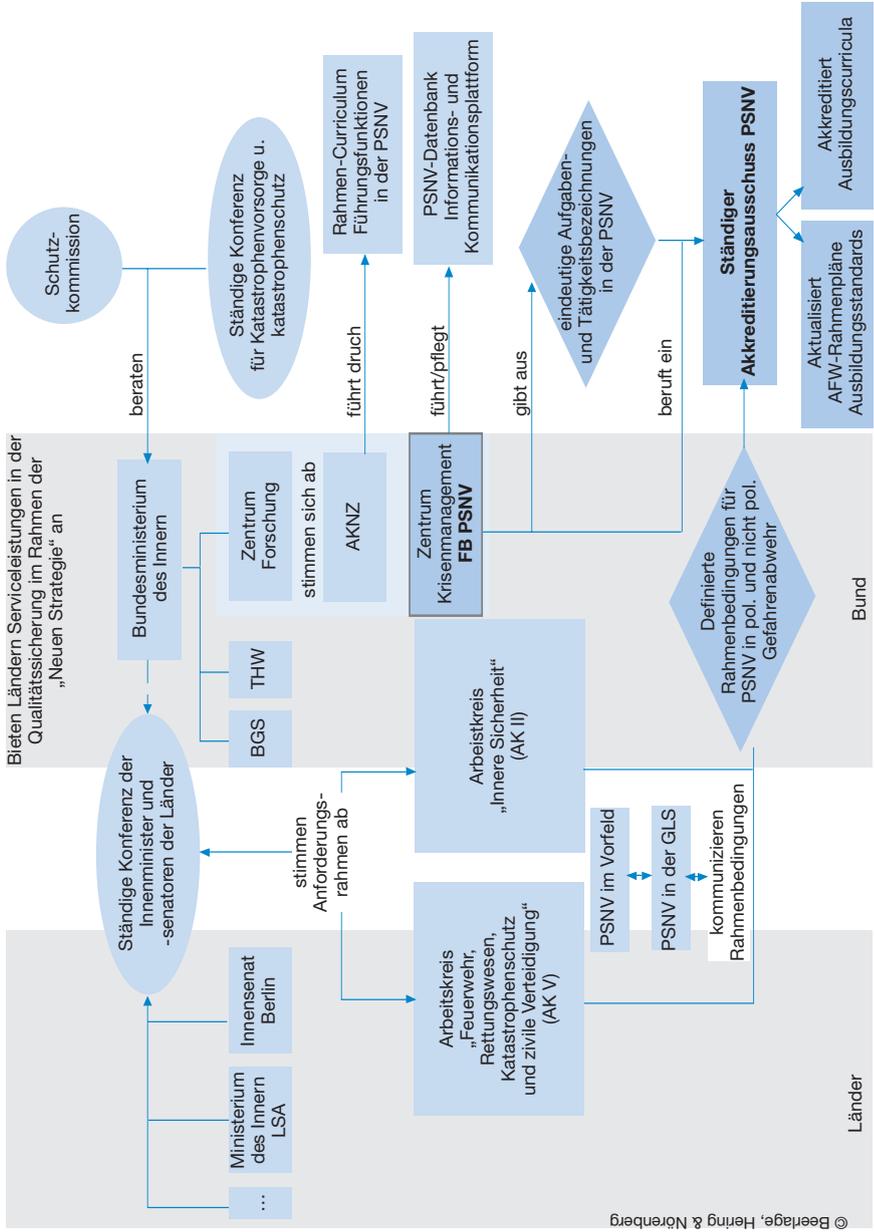
7.2 Empfehlungen zur Regelung der strukturellen Einbindung in die Neue Sicherheitsarchitektur und der Qualitätssicherung

Ausgehend von der Bereitschaft der Länder, auf das Angebot des Bundes einzugehen, zu einer bundesweiten Regelung von Kompetenzen und Zuständigkeiten für definierte Aufgaben innerhalb der PSNV beizutragen, können sieben Aufgaben benannt werden:

- **Klärung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen:** Verbindliche Vereinbarung von Zuständigkeiten zwischen den BOS, Bund und Ländern in der PSNV sowie Klärung rechtlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen der PSNV in der Großschadenslage und im Vorfeld.
- **Qualitätssicherung:** Einführung bundeseinheitlicher Mindeststandards in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur Wahrnehmung definierter Aufgaben in der PSNV im Zivil- und Katastrophenschutz.
- **Benennung zentraler (Führungs-)Funktionen im Krisenmanagement und Ausbildung zur Wahrnehmung von PSNV-Management-Aufgaben:** Ausbildung von Personen mit zentralen Aufgaben im Krisenmanagement.
- **Ausgabe verbindlicher Sprachregelungen:** Beschreibung definierter Aufgaben für unterschiedliche Zielgruppen von PSNV-Angeboten im zeitlichen Verlauf der Versorgung.
- **Zentrale Erfassung vorhandener PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter:** Einrichtung und Pflege einer bundesweiten PSNV-Datenbank.

²³ Diese Leitlinie geht auf Hinweise von W.R. Dombrowsky nach einem Experteninterview zurück, dem hier für den Hinweis gedankt sei.

Abbildung 30: Aufgaben auf der Ebene des Bundes und der Länderspitzen



- **Herstellung von Transparenz** hinsichtlich der Entwicklungen in den Ländern bezogen auf die PSNV durch die Einrichtung einer zentralen Informations- und Kommunikationsplattform.
- **Vernetzung, Informationsaustausch und Zusammenarbeit** in Aus-, Fort und Weiterbildung sowie Erprobung der Zusammenarbeit im Alltag.

Diese sind u.E. nur auf unterschiedlichen Ebenen bzw. in unterschiedlichen Gremien in Angriff zu nehmen:

Ebene des Bundes und der Länderspitzen:

Die Ausgabe verbindlicher Sprachregelungen, Qualifizierung, bundesweite Erfassung aller PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter und das Informationsmanagement knüpfen an bereits bestehende Aufgabenprofile im BBK an. Dabei knüpft die Qualifizierung von Personen für Management-Aufgaben stärker am Bildungsauftrag der AKNZ an. Für die Aufgabe der Qualitätssicherung wird hier die Einberufung eines Akkreditierungsausschusses (AkkA) nach verbindlicher Einführung von Sprachregelungen durch einen für notwendig erachteten eigenen Fachbereich PSNV²⁴ im Zentrum Krisenmanagement vorgeschlagen. Das zentrale Informationsmanagement (Datenbank, Informations- und Kommunikationsplattform) knüpft stärker an klassische Aufgaben des Krisenmanagements an. Eine enge Abstimmung wird zwischen AKNZ und Zentrum Krisenmanagement mit dem Zentrum Forschung mit dem Ziel der wissenschaftlichen Fundierung aller Maßnahmen vorgeschlagen (Abbildung 30, S. 169).

Die Klärung von Beauftragungsalgorithmen und strukturellen Einbindungen im Vorfeld und in der Großschadenslage könnten dabei in der Form einer Bereitschaftserklärung von den Vertretern der Länderinnenressorts in einem gemeinsamen Gremium von AK II (Arbeitskreis Innere Sicherheit) und AK V (Arbeitskreis Feuerwehr, Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung) verabredet und als Empfehlungen in die Länder hineingetragen und dort angepasst umgesetzt werden (s. Abbildung 30, S. 169)

Ebene der Länder und Kommunen:

Die Vernetzung der Akteure in der PSNV und in der psychosozialen Regelversorgung im Sinne des Erfahrungsaustausches, der Unterstützung von (BOS-übergreifenden) Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFWB), der Berücksichtigung in Katastrophenschutzübungen sowie die Aktualisierung und Pflege von Alarmierungslisten und Meldung an die Leitstellen wird auf der Landesebene angesiedelt. Zu diesem Zweck wird die Beauftragung einer Person oder Institution vorgeschlagen, die die Aufgaben einer kontinuierlich arbeitenden Landeszentralstelle PSNV wahrnimmt (Abbildung 32, S. 187).

²⁴ Zum Zeitpunkt des Erscheinens des Forschungsberichtes bereits umgesetzt.

7.2.1 Fachaufsicht über Qualitätssicherung, Qualifizierung und zentrales Informationsmanagement – Ebene des Bundes

Gegenwärtig gibt es allein im Geschäftsbereich des Bundesinnenministeriums **im BBK** vier Geschäftsbereiche, in denen Fragen der PSNV behandelt werden: Zentrum Forschung, Zentrum Krisenmanagement, Zentrum Katastrophenmedizin und AKNZ. Es wird vorgeschlagen, die Aufgabe der Koordinierung der PSNV als integrierte Struktur für Fragen der Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenenversorgung sowie der PSNV für Einsatzkräfte im Zivil- und Katastrophenschutz im **Zentrum Krisenmanagement** im BBK anzusiedeln und Ausbildung und Qualifizierung weiterhin an der AKNZ zu belassen. Überlegungen, einen eigenständigen, für alle Zielgruppen der PSNV koordinierenden **Fachbereich „Psychosoziale Notfallversorgung“** einzurichten, werden ausdrücklich unterstützt, um der Entwicklung ineffizienter Parallelstrukturen in der PSNV durch eine integrierte Lösung vorzubeugen (z.B. Opfer- und Angehörigenhilfe und Einsatznachsorge).

Die Ansiedlung der Fachaufsicht für diese Fragen im Zentrum Katastrophenmedizin wird dagegen kritisch bewertet, da die Gefahr besteht, mit einer medikalisierenden Sicht und entsprechend dominierenden ärztlichen und psychologischen therapeutischen praktischen Formen der Hilfen dem präventiven Charakter der PSNV nicht in vollem Umfang gerecht zu werden (Gurris, 2003, zitiert nach Müller-Lisser, 2003). Hier spielen die gegenwärtigen Beobachtungen in der psychosozialen Regelversorgung eine Rolle, die eine Medikalisierung umfassender psychosozialer Hilfen, nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsThG) erkennen lassen, bei denen psycho-soziale und präventive Aufgaben zugunsten heilkundlicher, therapeutischer Tätigkeiten auch in der Frage der Finanzierung eine Schwächung erfahren haben. Mit der Medikalisierung kann zudem eine als kontraproduktiv erachtete Pathologisierung normaler Reaktionen auf ein nicht normales Ereignis verbunden sein, die zudem die Verdrängung bewährter Formen der Hilfen wie CISM (einschließlich Mediatorenprogramm und Peerunterstützung), KIT und Notfallseelsorge bzw. Seelsorge in Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst nach sich ziehen könnten, was zugleich große Angebotslücken entstehen lassen würde. Eine Vernachlässigung bewährter Hilfen und Strukturen wäre jedoch beim Aufbau einer zukünftigen umfassenden PSNV-Angebotsstruktur als unverantwortlicher Verlust zu bewerten.

Im BBK sind beide Aufgaben, Koordinierung und Bildung, bereits angesiedelt, so dass auf erprobte Strukturen zurückgegriffen werden könnte:

Der *Verbraucherschutz* (Führen von Listen anerkannter Verbraucherschutzberatungen) ist im Dienstleistungsspektrum des BVA in Abteilung II bereits verankert, so dass in der Übertragung auf die Führung akkreditierter PSNV-Ausbildungsinstitutionen und akkreditierter PSNV-Anbieter mit dem Ziel des gesundheitlichen Verbraucherschutzes auf administrative Erfahrungen und erprobte Formen der Zusammenarbeit (vormals innerhalb des Zentrums für Zivilschutz (ZfZ)) zurückgegriffen werden kann.

Strukturen des BVA finden zudem ihre *Entsprechung in Ländergliederungen* (Regierungspräsidien, Landesverwaltungsämter), so dass strukturelle Voraussetzungen der Bund-Länder-Zusammenarbeit als gegeben betrachtet werden können, wengleich im Bereich der intersektoriellen bzw. interministeriellen Zusammenarbeit, insbesondere mit zuständigen Ministerien und Senaten für Gesundheit, noch Optimierungsbedarfe gesehen werden.

Dem BMI wird daher vorgeschlagen, im BBK, insbesondere in dem in Erwägung gezogenen Fachbereich PSNV die Fachaufsicht für folgende Aufgaben anzuschließen:

- Einführung einer einheitliche *Sprachregelung*: Festlegung von Zuständigkeiten und Umfang der Tätigkeiten in der Wahrnehmung von zielgruppenbezogenen und koordinierenden Aufgaben durch PSNV-Anbieter (s. 8.4.3);
- *Einberufung eines Akkreditierungsausschusses* zur wissenschaftlichen Prüfung der Qualität von Aus-, Fort- und Weiterbildungen für eindeutig definierte Aufgaben und damit zusammenhängende Qualifizierungen;
- *Deckung von Ausbildungsbedarfen in Abstimmung mit der AKNZ* als Kompetenzzentrum für Einrichtungen der Kommunen, der Länder und des Bundes in den Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere im Bereich der PSNV-Management- bzw. Führungsfunktionen sowie bezogen auf den wissenschaftlichen Austausch, Informations- und Wissenstransfer;
- Einführung eines Tätigkeitsmerkmale und Qualifikationen differenzierenden *Ausweises* zur Kennzeichnung von nachgewiesenen Qualifikationen (analog, Abbildung 31, S. 185);
- Einrichtung und Pflege einer *bundesweiten PSNV-Datenbank* im Rahmen von deNIS nach einheitlichen Erfassungsstandards im Sinne des Verbraucherschutzes (s. 9.);
- Einrichtung und Betreuung einer *Informations- und Kommunikationsplattform* (s. 9. Vernetzung);
- Führen einer *Liste* akkreditierter Ausbildungsreinrichtungen und Ausbildungsgänge als Dienstleistungsaufgabe.

7.2.2 Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards: Der Akkreditierungsausschuss – Ebene des Bundes

Die Frage der Qualitätsstandards bezieht sich auf unterschiedliche Qualitäten:

- *Qualität der PSNV-Angebote*: Ausbildungs- und Praxis-Module,
- *Qualifikation der PSNV-Anbieter*: Personen und Organisationen.

Oberste Priorität wird seitens des Netzwerk-Projektes dem Ziel eingeräumt, dass bestimmte Qualifikationen für definierte *Tätigkeiten*, für definierte *Aufgaben*, für definierte *Zielgruppen* und die Befriedigung ihrer, sich im Verlauf wandelnden Bedürfnisse befähigen sollen. Diese sollten mit eindeutigen Bezeichnungen und

zur Orientierung in der Zusammenarbeit beitragen. Ein Vorschlag zur eindeutigen Sprachregelung findet sich unter 8.4.3. Dies schlägt sich auch im Erfassungsbogen (s. Anhang) zur Eingabe in die neu einzurichtende bundesweite PSNV-Datenbank (s. 9.) nieder.

Die Auswertung der Interviews mit Koordinatoren in Großschadenslagen (s. 6.1.) ließ wiederholt den Wunsch erkennen, die Qualifikation eines PSNV-Anbieters an einem qualifizierten/differenzierten Ausweis erkennen zu können, die auf bundeseinheitlichen Mindeststandards der Qualität von Ausbildungen für definierte Aufgaben basiert²⁵. Die Frage der Mindeststandards der Qualifikationen für definierte Aufgaben ist daher *vor* der Einführung eines Ausweises zu klären.

Als Lösung für eine bundeseinheitliche Einigung auf Mindeststandards zur Sicherstellung von geforderten Kompetenzen von PSNV-Anbietern wird die Einberufung eines Akkreditierungsausschusses vorgeschlagen, der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der PSNV daraufhin prüfen soll, inwiefern sie

- wissenschaftlich fundiert sind und auf aktuellem wissenschaftlichen Niveau Kenntnisse vermitteln,
- zur Ausübung definierter Aufgaben befähigen, praktische Fertigkeiten vermitteln und unter qualifizierter Anleitung erproben und
- im Kontext des Zivil- und Katastrophenschutzes praktikabel sind.

Das Ziel ist also, **Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote (Curricula) zu akkreditieren** (nicht Personen oder Organisation), die zu Praxisbeiträgen im breiten Spektrum der PSNV befähigen sollen. Hier werden bereits initiierte Bestrebungen aufgegriffen, unterstützt und in einer bundeseinheitlichen Struktur zusammengeführt, die schon an anderer Stelle zwischen verschiedenen Nutzer-Organisationen bzw. PSNV-Anbieterorganisationen (z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft zur Psychosozialen Unterstützung von Einsatzkräften; ASB, MHD, DRK u.a. in München; JUH, MHD und Notfallseelsorge in Berlin-Brandenburg) mit dem Ziel der Zertifizierung von Ausbildungen begonnen haben. Im Gegensatz zu Zertifizierungsverfahren die die Durchführung einer Qualifikationsmaßnahme nach internen oder konsensuellen gemeinsamen methodischen Standards an unterschiedlichen Orten/in unterschiedlichen Ausbildungsinstitutionen als äquivalent bescheinigen, verfolgt das hier vorgeschlagene Akkreditierungsverfahren die Zulassung und Anerkennung im Hoheitsbereich des Bevölkerungsschutzes – vergleichbar der Akkreditierung von Diplom-, Bachelor- und Master-Studiengängen nach bundeseinheitlichen Mindeststandards im Hochschulbereich.

Personen oder PSNV-Anbieterorganisationen wären danach erst nach Nachweis des Abschlusses einer akkreditierten Ausbildung **auf Landesebene zu akkreditieren** entsprechend den Zuständigkeiten im Katastrophenschutz; die

25 Auch hier gibt es schon Vorreiter, die jedoch interne Wege des Nachweises von Zertifizierungen gehen.

Akkreditierung auf Landesebene wird vor allem dem Ziel der regionalen Verankerung und Vernetzung gerecht. Voraussetzung zur Akkreditierung wäre daher nicht nur der Abschluss einer akkreditierten PSNV-Qualifikation, sondern auch die Einbindung in kommunale oder landesweite Arbeitszusammenhänge.

Voraussetzung zur Einrichtung eines Akkreditierungsausschuss ist die Bereitschaft der Länder, auf das Angebot des Bundes zur Standardisierung einzugehen und den Bund zu bitten, eine Struktur für Qualitätssicherung und bundesweite Erfassung von Kompetenzen einzurichten, mit den entsprechenden Ressourcen auszustatten und über das BMI spezialgesetzlich zu verankern. Es müsste ein Beschluss herbeigeführt werden, einen solchen Ausschuss als ständige Einrichtung auf dem Erlasswege einzurichten.

Dieser **Beschluss** könnte etwa lauten:

„Das Bundesministerium des Innern beauftragt im Rahmen der „Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland“ das BBK, insbesondere das Zentrum Krisenmanagement, FB PSNV die Aufgaben der Qualitätssicherung wahrzunehmen und stellt dazu finanzielle Ressourcen bereit.“

Vor der Einrichtung eines Akkreditierungsausschuss mit der Aufgabe der Prüfung der Qualität von tätigkeitsqualifizierenden Aus-, Fort- und Weiterbildungen, sind jedoch zumindest die folgenden Fragen zu beantworten:

- Welche Vorteile hat die Einrichtung eines Akkreditierungsausschuss gegenüber anderen Formen der Qualitätssicherung?
- Wo sollte die Fachaufsicht und damit institutionelle Anbindung des Akkreditierungsausschuss angesiedelt werden?
- Welche Aufgaben soll er in welcher Form wahrnehmen?
- Wie sollte der Ausschuss zusammengesetzt sein?

7.2.2.1 Vorteile eines Akkreditierungsausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Curricula in der PSNV

Um zu einer bundeseinheitlichen, länderübergreifenden Anerkennung von Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Abschlüssen (im Folgenden AFWB-Abschlüsse) und damit Kompetenzen von PSNV-Anbietern zu gelangen, bedarf es einer Institution/Instanz, deren Bewertung einen hohen Grad an Verbindlichkeit hat. Gegenwärtig gibt es keine Institution oder Ebene in den Behörden des Zivil- und Katastrophenschutzes, die diese Aufgabe wahrnimmt und dazu berechtigt ist. Die Neueinrichtung einer solchen Instanz sollte ebenfalls dem Prinzip der Sparsamkeit folgen.

Ein neu einzurichtender Akkreditierungsausschuss...

1. ist in seiner Arbeitsweise in Anlehnung an die Akkreditierung von Studiengängen organisierbar; Übertragungen dieser Arbeitsform ermöglichen eine rasche Implementierung (vgl. etwa die Akkreditierung vergleichsweise junger gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge);
2. kann an zentraler Stelle die einheitliche Regelung von Abschlussbezeichnungen herbeiführen;
3. nimmt die Qualitätsprüfung mit hoher Verbindlichkeit vor;
4. hat deutlich mehr, jedoch auf dem Erlasswege zu definierende Entscheidungsbefugnisse als ein wissenschaftlicher Beirat;
5. ist auf sparsamem Erlasswege sowohl als Institution (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen) als auch in der Funktion der Anerkennung der Erfüllung von Standards (analog Öko-Kennzeichnungs-Gesetz) einzuführen;
6. kann als Institution mit Befugnissen der Bundesebene ausgestattet werden (vgl. etwa Bundesinstitut für Risikobewertung).

7.2.2.2 Aufgaben und Arbeitsweise des Akkreditierungsausschusses

Sechs wesentliche Merkmale sollten u.E. die Arbeitsweise des Akkreditierungsausschusses kennzeichnen:

- Er *prüft Curricula* der PSNV-Qualifizierung sowohl für Angebote, die sich an Einsatzkräfte als auch an Opfer, Angehörige und Hinterbliebene richten und kann zur Akkreditierung ggf. Änderungen in bestehenden Curricula verlangen.
- Er prüft dabei *sowohl neu vorgelegte als auch fortgeschriebene Curricula* im Spektrum der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie der Rehabilitation, die in der Regel Ergänzungsqualifikationen zu bestehenden Qualifikationsprofilen darstellen
 - ... auf der Ebene der nicht berufsqualifizierenden *Zertifikate* (SbE, CISM, NFS, KIT, LNFS, NFPs usw.²⁶),
 - ... auf der Ebene der *Fort- und Weiterbildungen für Mitglieder der Einsatzorganisationen*, Peers, Mitarbeiter und psychosoziale Fachkräfte in den BOS, die zu Einzelaufgaben innerhalb der PSNV qualifizieren sollen sowie

26 Diese Aufzählung ist beispielhaft zu verstehen, da

1. eine vollständige Definition von Aufgaben und zugehörigen Qualifikationen noch nicht vorliegt (Sprachregelungen)
2. mit der Nichtnennung nicht Ausschluss verbunden ist.

... auf der Ebene *ergänzender Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte der psychosozialen Regelversorgung*, Krisendienste und seelsorgerlichen Angebote, die zum Erwerb von Kenntnissen im ZKS beitragen und damit zur Mitwirkung in der Notfallversorgung qualifizieren.

- Er prüft *keine* berufsqualifizierenden Ausbildungs- und Studiengänge, die Voraussetzungen für eine der o.a. Weiterbildungen sind aufgrund der nicht im Innenministerium liegenden Zuständigkeit für Aus- und Hochschulbildung. Hinsichtlich der Prüfung von bereichsspezifischen Weiterbildungsängen innerhalb der Medizin, Psychologie, Psychotherapie und Theologie besteht daher Klärungsbedarf mit den Fachverbänden.
- Er *aktualisiert AFWB-Rahmenpläne und Ausbildungsstandards* nach neuesten fachwissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen im Zivil- und Katastrophenschutz.
- Er gibt im Rhythmus neuer Entwicklungen Hinweise zur *Modifikation der Struktur der bundesweiten PSNV-Datenbank und des Erfassungsbogens* zur Erfassung bereichsspezifischer Qualifikation.

Darüber hinaus sollten folgende Arbeitsgrundlagen gegeben sein:

1. Er sollte auf der Grundlage eines breiten Spektrums an einbezogenem Sachverstand nach fachlichen und inhaltlichen Gesichtspunkten entscheiden.
2. Er sollte in seiner Arbeit nicht durch berufsständische oder Anbieterkonkurrenzen gelähmt werden.
3. Er sollte von allen Akteuren im Feld der PSNV als fachliche Instanz anerkannt und getragen sein.
4. Er sollte eine Größe haben, die seine Arbeitsfähigkeit gewährleistet. Für definierte Teilaufgaben und Begutachtungen sollten externe Experten hinzugezogen werden, so dass seine Arbeitsgröße eine kritische Grenze nicht überschreitet.

Das Spektrum der Qualifikationen umfasst Aufgaben der Notfallnachsorge und Einsatznachsorge in gleichem Maße wie Aufgaben im Rahmen der Primärprävention (Qualifikation, Stressimmunisierung, Stressmanagement) und der Gestaltung von arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen, die die Vulnerabilität der Einsatzkraft (z.B. durch Burnout und eingeschränktes Wohlbefinden) senken.

Der Akkreditierungsausschuss sollte daher ein Ort der Akkreditierung und Optimierung **aller AFWB im Kontext des Bevölkerungsschutzes sein**. Berücksichtigt man, dass die Qualifikation für die o.g. Aufgabenbereiche ausgehend von unterschiedlichen (Berufs- und) Basisqualifikationen erworben werden können, kann die Vielfalt der zur Bewertung anstehenden AFWB-Inhalte/Curricula erahnt werden.

Somit ist der Akkreditierungsausschuss i.w.S. als Instrument des Verbraucherschutzes im Bereich PSNV zu bewerten, das zu einem großen Teil mit Bereichen

unterhalb der Ebene heilkundlicher Tätigkeit befasst ist. Arbeitsweise und Geschäftsordnung einschließlich möglicher Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindeststandards sollten im Prozess der Konstituierung festgelegt werden.

Die Aufgaben der PSNV, die langfristig im Bereich der Tertiärprävention und Rehabilitation angesiedelt sind, sind bereits – bezogen auf psychotherapeutische Tätigkeiten – im Psychotherapeutengesetz geregelt, bedürfen daher nur solcher zusätzlicher Regelungen, die das Tätigwerden in Strukturen des Zivil- und Katastrophenschutzes enthalten.

Neben den beschriebenen Aufgaben bleibt zunächst noch eine Reihe offener Fragen, die hier genannt seien, von denen einige jedoch erst im Rahmen der Umsetzung der Empfehlungen beantwortet werden können.

7.2.2.3 Offene Fragen im Zusammenhang mit den Aufgaben und Arbeitsweisen des Akkreditierungsausschusses

Auf ein noch ungeklärtes Problem hat die DeGPT im Nachklang zu ersten Vorlagen zur Zusammensetzung des Akkreditierungsausschusses aufmerksam gemacht, in dem sie die Vertretung eines breiten Spektrums psychotraumatologischen, ärztlichen und psychologischen psychotherapeutischen sowie psychiatrischen Sachverständigen aus Forschung und Praxis forderte (Flatten für die DeGPT, Juni 2004).

1. Dieses Problem betrifft zum einen die unterschiedliche Tiefe der Vermittlung von fachwissenschaftlichen Grundlagen.
 - Hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung, insbesondere – aber nicht nur – bei psychotraumatologischen Kenntnissen, sollte berücksichtigt werden, dass bei unterschiedlichen Aufgaben der psychosozialen Begleitung und Nachsorge auch unterschiedliche Tiefen der Kenntnisse der Psychotraumatologie in den Curricula notwendig sind.
 - Gleiches gilt auch für Fragen des Managements, der Katastrophenforschung und arbeits- und organisationswissenschaftlichen Inhalten, die z.B. im Bereich der Notfallnachsorge von Opfern, Angehörigen und Hinterbliebenen weniger relevant sind als im Feld der Einsatznachsorge und Prävention für Einsatzkräfte. Diese Einbeziehung von erweiterter Expertise kann z.B. in Curricula zum Community-Disaster-Management auch notwendig werden, wenn i.e.S. Katastrophenforschung und zivil-militärisches Führungswissen angemessen vermittelt werden müssen.

Jede dieser disziplinären Perspektiven wird aus gutem Grund einfordern, in größerer Breite vertreten zu sein, um die Ausbildungen angemessen bewerten zu können. Dieses Problem sollte durch die **Hinzuziehung erweiterter Sachverständigen** nach vorher vereinbarten **Beauftragungsregeln** lösbar sein, die im Vorschlag von vornherein nicht ausgeschlossen ist.

2. Darüber hinaus verweisen die Forderungen auf die ungeklärte Frage des **Umgangs mit berufsgruppeninternen Bereichsbezeichnungen**, die innerhalb der Berufsgruppen noch nicht abschließend geregelt sind (Psychotraumatheapeut; *Notfall-Seelsorger*; *Notfall-Psychologe*).

- Dort, wo es (noch) keine bundeseinheitlich geregelten Bereichsbezeichnungen (wie etwa Notfallpsychologen, Psychotraumatheapeut, Notfallpsychotherapie, Leitende Notfallseelsorger...) gibt, ist vor Einrichtung des Akkreditierungsausschusses zu klären, ob es seine – weit über das Anliegen des Tätigwerdens im Kontext Zivil- und Katastrophenschutz hinausgehende – Aufgabe sein kann und soll, diese berufsgruppeninternen Qualifikationen zur Führung von Bereichsbezeichnungen zu prüfen. Es ist unbestritten, dass er nicht überprüfen wird, ob jemand zu Recht die Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Arzt erhalten hat. Die Prüfung einer Bereichsbezeichnung „Psychotraumatologie“ o.ä. wiederum geht nach Einschätzungen des Netzwerk-Projektes weit über die innenministerielle Zuständigkeit hinaus, in deren Bereich der Akkreditierungsausschuss ja eingerichtet werden soll. Vielmehr wird es – nach Einschätzung des Netzwerk-Projektes – aus Sicht der einbindenden und beauftragenden politischen Ebenen und Behörden von Interesse sein, ob ein Psychologischer Psychotherapeut, der notfallpsychologisch tätig sein will a) Feldkompetenz und dienstspezifisches Wissen um die Tätigkeiten der beteiligten (Berufs-)Gruppen, b) Kenntnisse im Zivil- und Katastrophenschutz, c) und zudem Kenntnisse und Kompetenzen in der Akuthilfe und damit auch psychotraumatologische Kenntnisse und Kompetenzen nachweisen kann, die er in einer zu beurteilenden (zu akkreditierenden Ausbildung) erworben hat.
- Umgekehrt wird zu prüfen sein, ob ein „Peer“, der a) und b) automatisch nachweist, auch ein aktuelles, angemessenes Wissen zur Psychologie der Krise und der Traumatisierung in seiner Einsatznachfolge-Ausbildung erwerben konnte sowie Kenntnisse über Grenzen seines hilfreichen kollektiven Handelns.

Im Mittelpunkt der zu akkreditierenden AFWB-Curricula stehen somit stärker die jeweils ergänzenden Qualifikationen zu bereits erworbenem berufsgruppenspezifischen oder auch ehrenamtlichen Handeln (z.B. im Rettungsdienst, im THW).

- Voraussichtlich wird eine erweiterte Einbeziehung von Expertise notwendig, wenn es um berufsgruppeninterne Bereichsbezeichnungen geht, die berufsgruppenintern noch nicht geregelt, jedoch für die Qualitätsbeurteilung von Curricula, die zum Handeln im Bevölkerungsschutz berechtigen sollen, zentral sind.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheinen zwei Modelle zur Lösung des aufgeworfenen Problems denkbar, die jedoch auch verschiedene zu erwägende Nebenwirkungen hinsichtlich Schwerfälligkeit, Zersplitterung und Konkurrenzen haben könnten:

- **Integrative Lösung:** Der Akkreditierungsausschuss wird als großes Gremium mit Unterausschüssen eingerichtet. Nachteil: die Verinselungen bleiben bestehen, der Rahmen „Akkreditierungsausschuss“ kann als weitgehend unverbindlicher Rahmen an Bedeutung verlieren.
- **Satelliten-Lösung:** Es kommt bei Bedarf zu Curriculums-spezifische Aktivierung von externem Sachverstand. Nachteil: Die Einbeziehung trägt zur wieder eintretenden Unüberschaubarkeit bei, wenn die Beauftragung nicht konsensuell und nach festen Regeln erfolgt.

Sollte es zur Umsetzung der Empfehlungen in Bezug auf einen einzurichtenden Akkreditierungsausschusses kommen, wird vorgeschlagen, die diesbezüglichen Überlegungen der jeweils betroffenen (Berufs-)Gruppen einzubeziehen, die ohnehin Mitglieder des projektbegleitenden Arbeitskreises sind.

3. Ebenfalls entsteht die Frage nach der **Implementierung von Mindeststandards:** Wie gelangt man zu Mindeststandards, die zur Prüfung an bestehende oder neu entwickelte Curricula angelegt werden können?
 - Da es in den, im projektbegleitenden Arbeitskreis auf Bundesebene vertretenen Behörden und Organisationen sowie PSNV-Anbietersystemen eine Reihe diesbezüglicher, z.T. weit fortgeschrittener **Vorarbeiten** auch auf der Ebene der **gemeinsamen Formulierung von Mindeststandards** gibt, wird dringend empfohlen, diese bereits konsensuell entwickelten Maßstäbe zur Arbeitsgrundlage zu machen, die – ergänzt um weitere Perspektiven – bei Bedarf optimiert werden können. Wenn weit entwickelte, langjährig arbeitende Angebote ihre Vorstellungen vorlegen, besteht u.E. hier die Chance zur Erfassung des Bewährten aber auch zugleich zur Optimierung im Sinne der Qualitäts-“steigerung“. Von einer Einigung auf den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ wird jedoch abgeraten
4. Wie arbeitet der Akkreditierungsausschuss gerade zu Beginn der Aufnahme seiner Tätigkeit die erste Welle der Beantragungen ab, ohne Wettbewerbsvorteile zu verschaffen oder Engpässe in der Versorgung zu erzeugen?
 - Es müssen – auch zur Aufrechterhaltung der PSNV in ihrer vorliegenden Quantität - Übergangsregelungen hinsichtlich der Beauftragung in unterschiedlichen Funktionen getroffen werden.
5. Welchen Status hat die Arbeit des Akkreditierungsausschuss: ehrenamtlich, mit Aufwandsentschädigung oder bezahlt? Wie wird die Arbeit (anteilig) finanziert?
 - Die Finanzierung des Akkreditierungsausschusses sollte zusammen mit den weiteren Fragen der Finanzierung auf der Ebene des Bundes und der Länderspitzen unter Einbeziehung der BOS als Nutzer geklärt werden, da es sich auch hier um eine Beauftragungs-Frage handelt.
6. Auf welche Verwaltungsressourcen kann der Akkreditierungsausschuss seine Aufgabe stützen? Welche Routinen müssen im Falle einer beantragten, aber (noch) nicht gewährte Akkreditierung geschaffen werden?

Diese Fragen seien beispielhaft genannt, um deutlich zu machen, dass es sich hier um eine Empfehlung handelt, zu deren inhaltlicher und formaler Umsetzung noch eine Reihe von Voraussetzungen gemeinsam mit den Akteuren der PSNV geklärt werden müssen.

7.2.2.4 Zusammensetzung des Akkreditierungsausschusses

Grundsätzlich gilt, dass im Akkreditierungsausschuss sowohl Repräsentanten von Expertise im wissenschaftlichen Bereich als auch Repräsentanten der praktischen Aufgabenfelder (jedoch nicht im Sinne von Interessenvertretungen) vertreten sein sollen. Bei der Zusammensetzung sind folgende Punkte zu beachten, die auch als wesentliche Grundlagen der Arbeitsweise des Akkreditierungsausschusses verstanden werden können.

Die Berufung der Experten in den Akkreditierungsausschuss erfolgt in enger Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Akteuren in der PSNV sowie bereits bestehenden behörden- und organisationsübergreifenden Netzwerken. Dem projektbegleitenden Arbeitskreis des Bundes wurden erste Überlegungen zur Zusammensetzung des Akkreditierungsausschuss vorgestellt. Um Rückmeldung wurde auch im erweiterten Kompetenznetzwerk der Fachverbände, PSNV-Anbieterorganisationen und Nutzer gebeten. Dabei wurde auf Lücken im bislang berücksichtigten Sachverstand (praktische Erfahrung und Feldkompetenz, Theologie und Katastrophenforschung), aber auch auf das Problem der Differenziertheit in einzelnen fachwissenschaftlichen Feldern hingewiesen (s. 7.2.2.3). Eine abschließende Festlegung der fachwissenschaftlichen und personellen Zusammensetzung des Akkreditierungsausschuss wird ohne die Beteiligung „führender Köpfe und Organisationen“ nicht zu einer konsensuell abgestimmten Zusammensetzung führen. Wesentlich erscheint daher im Folgenden das Spektrum des vertretenen Sachverstandes. Die Empfehlungen zur Zusammensetzung behalten daher den Charakter des **Vorschlages** und bedürfen bis zur verbindlichen, auf der politischen Ebene vereinbarten Umsetzung der weiteren Beratung.

Es sei jedoch an dieser Stelle ausdrücklich davor gewarnt, in der Diskussion um diese zentrale Instanz in der Einführung von bundeseinheitlichen *Mindeststandards* junge Brücken der Verständigung und Zusammenarbeit in wieder eröffneten „Konkurrenz-Gefechten“ einzureißen. Dort, wo eine Zusammenarbeit und Einigung auf gleiche Maßstäbe, z.B. in der Ausbildung bislang zustande kam (z.B. jüngst im Modell-Bundesland Berlin, aber auch auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft SbE e.V., MHD, DGPTSB, zwischen Krisenintervention und Notfallseelsorge in Brandenburg, in der Landesarbeitsgemeinschaft für Krisenintervention und Notfallseelsorge in Bayern ²⁷), wo also konkrete Inhalte abgeglichen und auf Aktualität und Fundierung hinterfragt wurden, schien eine *Verständigung in der Sache* leicht.

27 mündliche Mitteilung O. Gengenbach, W. Müller und B. Willkomm 26.4.2004

Tabelle 13: Mögliche Zusammensetzung des Akkreditierungsausschusses.

1. Wissenschaftler/innen: Sachverständige für bezugswissenschaftliche Grundlagen

a) für die Themenfelder:

Stress, Krise, Notfall, Psychotrauma, Trauer, existentielle Erschütterungen, Psychische Reaktionen und Störungen:

Wissenschaftler/in Klinische Psychologie/Psychiatrie/Notfallpsychologie

Wissenschaftler/in Psychotraumatologie

Wissenschaftler/in Theologie

b) für die Themenfelder

Arbeit und Organisation, Führung, Kommunikation, Handeln im Einsatzalltag sowie unter Bedingungen der Großschadens- und Katastrophenlage usw.:

Wissenschaftler/in Sozialpsychologie/Sozial- bzw. Kommunikationswissenschaften

Wissenschaftler/in Arbeits-, und Organisations- bzw. Gesundheitswissenschaften

Wissenschaftler/in Katastrophenforschung/Katastrophenmedizin

2. Praxisvertreter/innen: Sachverständige für psychosoziale, seelsorgerliche und psychotherapeutische Hilfen und Intervention sowie Stabsarbeit

Praxisvertreter für Kriseninterventionsteams und Notfallseelsorge

Praxisvertreter ENTs und Seelsorge in Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst

Praxisvertreter Soziale Arbeit, Krisenintervention in der Lebenskrise und psychosoziale Beratung (insbesondere im Bereich Sucht)

Praxisvertreter Psychotraumatheorie

Praxisvertreter Stabsarbeit

3. Sachverständige für Gefahrenabwehr und Bevölkerungsschutz, Recht und Finanzierung, Bundes- und Länderbehördenvertreter/innen

Vertreter/in bzw. Beauftragte/r AK II

Vertreter/in bzw. Beauftragte/r AK V

Vertreter/in Zentrum Krisenmanagement im BBK, Fachbereich PSNV

Vertreter/in Sozialversicherungsrecht

4. Beratend:

Interessenverbände, Berufsverbände und PSNV-(Ausbildungs-)Anbieter

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen, Fachgruppe Notfallpsychologie
- Berufsverband Sozialarbeit
- Kirchen
- Ausbildungsanbieter mit langjähriger Ausbildungs- und Praxiserfahrung in der PSNV (Anbieterorganisationen)

Grundsätzlich gilt jedoch, dass die in Tabelle 13 genannten Vertreter als *Repräsentanten von Expertise* im wissenschaftlichen Bereich sowie in definierten praktischen Aufgabenfeldern, jedoch *nicht im Sinne von Interessenvertretungen* berücksichtigt werden sollen. Der versammelte Sachverstand sollte eine umfassende Bewertung von Qualifizierungsmaßnahmen für definierte oder bislang noch zu definierende Aufgaben in der PSNV erlauben.

7.2.3 Harmonisierung der strukturellen Einbindung – Ebene des Bundes und der Länderspitzen

Zuständigkeit und Struktur der PSNV auf Länderebene: Vor dem Hintergrund der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung sind neue, abgestimmte Formen der Bund-Länder-Zusammenarbeit bezogen auf die Rahmenbedingungen der Einbindung und Beauftragung der PSNV zu erarbeiten. Dies betrifft die gemeinsame Nutzung bzw. Amtshilfe, die harmonisierten rechtlich-strukturellen Rahmenbedingungen sowie die Neujustierung von Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern sowie den BOS. Eine transparente, harmonisierte Struktur in der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr sollte von Anfang an Ziel der Erörterungen sein. Folgende Schritte könnten dabei nach einer gemeinsamen Empfehlung vollzogen werden:

- Die Vertreter der Länderinnenressorts im AK V und AK II einigen sich auf **Mindeststandards der strukturellen Einbindung** von PSNV in den Katastrophenschutz der Bundesländer im Vorfeld und in der Großschadens- bzw. Katastrophenlage.
- Vor dem Hintergrund der Mindeststandards sind die Länder entsprechend der föderalen Struktur nach wie vor in der Form der Umsetzung frei.
- Die Vertreter der Länderinnenressorts im AK V und AK II einigen sich auf Mindeststandards der **Wahrnehmung von Fürsorgepflichten** für beruflich und ehrenamtlich tätige Kräfte im Katastrophenschutz in den BOS, der Amtshilfe zwischen den BOS und der Beauftragung externer Experten. Sie unterstützen zudem die behörden- und organisationsinterne Umsetzung in den Ländern.
- Vor dem Hintergrund der Mindeststandards sind die BOS in der Form der Umsetzung frei (Peers, Mediatoren, Fachkräfte, Ansprechpartner, Teams, Abteilungen...).
- AK V und AK II vereinbaren einen **Zeitplan** für die länderspezifische Umsetzung der Mindeststandards in Abstimmung mit den Kommunen.

Vorgeschlagen wird die Beauftragung eines Landesbeauftragten PSNV bzw. Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV zur Zusammenführung aller PSNV-Aktivitäten auf Landesebene und als Ansprechpartner des Bundes, insbesondere des BBK.

Beispiel für die Vereinbarung des Mindeststandards zur Organisation der PSNV auf Landesebene:

„Landesbeauftragter/Landeszentralstelle PSNV“

Die zuständigen Vertreter der Länderinnenressorts im AK V und AK II schlagen der Innenministerkonferenz als Mindeststandards der Organisation und strukturellen Einbindung von PSNV in den Katastrophenschutz der Länder die Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV vor bzw. die Beauftragung eines Landesbeauftragten PSNV.

Beispiel eines Mindeststandards: *Im Land gibt es definierte verantwortliche Personen oder Institutionen für die Koordinierung der PSNV im Vorfeld als Ansprechpartner von Vertretern des Ministeriums/ Senats des Innern des Landes, des Bundes sowie der Behörden, sowie als Berater für den „Leiter PSNV“ (s. 8 und in 6).*

Länderspezifische Freiheiten:

- Land **X** delegiert diese Aufgabe an eine bereits existierende Koordinierungsstelle mit institutioneller Einbindung und unterstützt die Arbeit durch Zuwendung.
- Land **Y** delegiert diese Aufgabe an eine Universität, die bereits Koordinierungsaufgaben wahrnimmt und finanziert zusätzliche Sachmittel.
- Land **Z** delegiert diese Aufgabe an bereits aktive Schlüsselperson, deren Träger sie für diese Aufgaben freistellt (z.B. Kirchen).

Berücksichtigt man die Maxime, bestehende Strukturen nicht zu zerstören, kann diese Beauftragung in jedem Land an die Stelle oder Person erfolgen, die bislang diese Aufgaben schon wahrgenommen hat – jedoch vorher ohne klare Vereinbarung.

Voraussetzungen der Beauftragung von PSNV-Anbietern sowie der Beauftragung von Personen für PSNV-Management- bzw. Führungsfunktionen: AK II und AK V vereinbaren Voraussetzungen und Kenntnisse, die PSNV-Anbieter erfüllen müssen, um im öffentlichen System des Bevölkerungsschutzes im Ereignisfall mitzuwirken und vereinbaren ein Procedere zur Fortschreibung und Optimierung der Standards unter Berücksichtigung der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland (Bund-Länder-Zusammenarbeit). Hier sind vor allem die Voraussetzungen zur Alarmierung, Beauftragung, Amtshilfe, Vergütung/Aufwandsentschädigung anzusprechen, aber auch Mindeststandards hinsichtlich der notwendigen „Feldkompetenz“ und Kenntnisse der Strukturen des Zivil- und Katastrophenschutzes, aber auch Kenntnisse der Arbeit der jeweiligen BOS als „dienstespezifische Feldkompetenz“.

Die Vertreter der Innenressorts der Länder einigen sich auf Mindeststandards, nach denen in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall die *strukturelle Einbindung und Koordination aller PSNV-Anbieter und PSNV-Maßnahmen für alle Zielgruppen* erfolgen soll. Diese Standards ermöglichen im Fall eines länderübergreifenden Ereignisses (z.B. Hochwasser) länderübergreifend vergleichbare

Führungs- und Koordinierungsstrukturen. Sie definieren damit zugleich die Aufgabe „*Leitung und Koordination im Großschadensfall*“ für die mit Aufgaben im PSNV-Management zu beauftragenden Personen, die wiederum für diese Aufgaben auf Stabsebene eine vereinbarte Führungsqualifizierung durchlaufen haben. Im Ergebnis dieses Forschungsprojektes wird nach Auswertung aller Gespräche mit den befragten Koordinierungserfahrenen ein Vorschlag zur Struktur der Koordinierung vorgelegt (vgl. 6., Abbildung 31, S. 185) mit entsprechenden Freiheitsgraden länderspezifischer Umsetzungsmodalitäten.

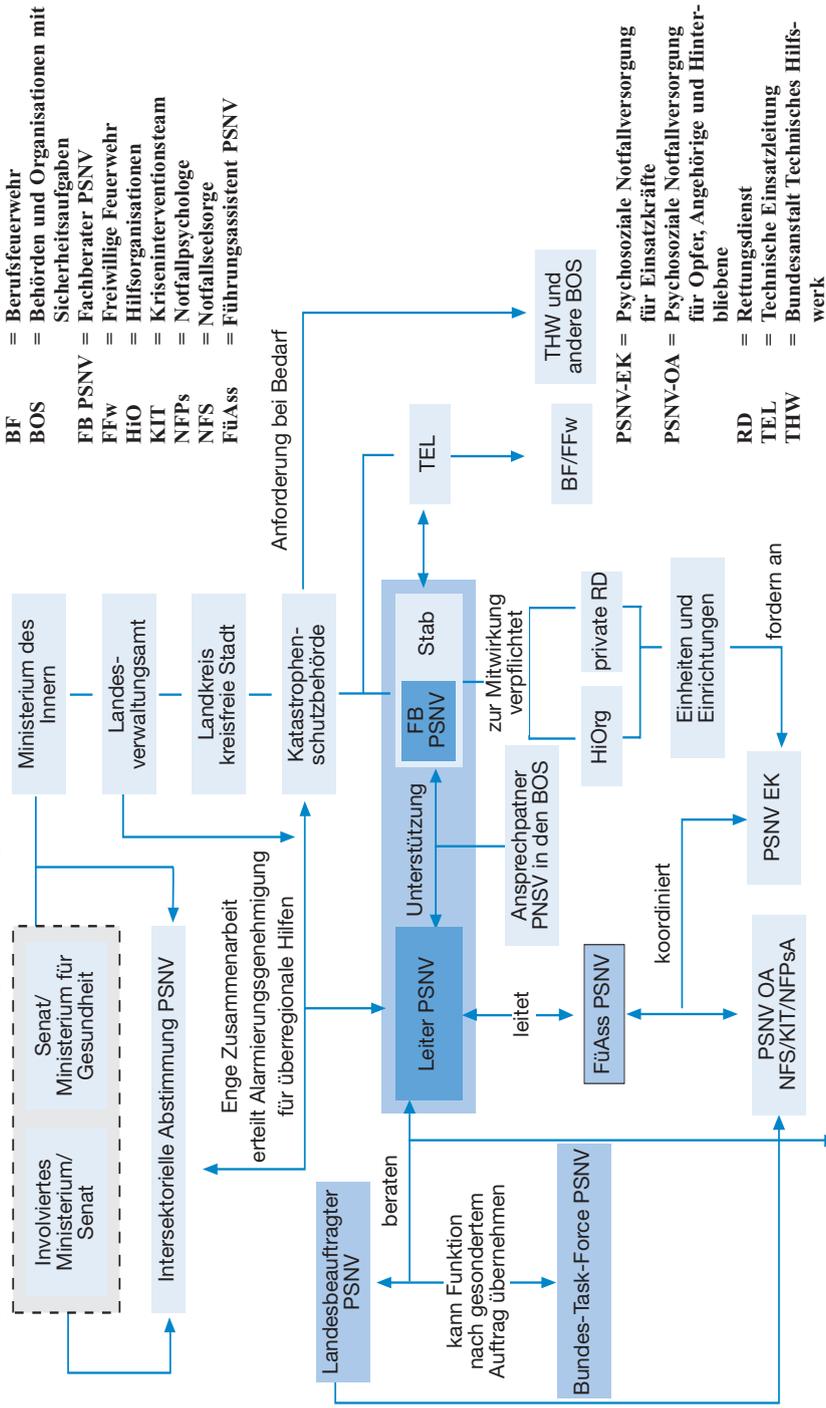
Beispiel für die Definition von Mindeststandards der Voraussetzungen zur Mitwirkung im ZKS:

- Einigung auf Mindeststandards für „allgemeine Feldkompetenz“.
- Einigung auf Mindeststandards der zu berücksichtigenden Kenntnisse der Arbeit der jeweiligen BOS als „dienstespezifische Feldkompetenz“.
- Einigung auf Mindeststandards für Leitungs- und Koordinierungsfunktionen.
- Klärung und Harmonisierung der Mindeststandards hinsichtlich der Rahmenbedingungen in der Amtshilfe, Beauftragung, Weisungsbefugnisse, Vergütung/ Aufwandsentschädigung, Haftung usw. im Katastrophenfall.

Zentrale Bestandteile dieser Einigung und eines in die Länder zu gebenden Vorschlags können die analoge **strukturelle Einbindung von Leitungs- und Koordinationsfunktionen** sowie die Regelung der Alarmierung, Beauftragung und Zusammenarbeit (mit) einer auf der Bundesebene anzusiedelnden „**Bundes-Task-Force PSNV**“ sein. Darunter ist eine in Auftrag und Kompetenz definierte Experten-Gruppe für die Koordination von PSNV in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall auf Bundesebene zu verstehen, die im Auftrag des Bundesinnenministeriums in Katastrophenfällen und Großschadenslagen nur dann tätig wird, wenn die in den Ländern vorgehaltene Kompetenz zum Management von PSNV-Maßnahmen nicht ausreicht, um die Aufgaben zu bewältigen. Die Mitglieder sollten in die Bundes-Task-Force PSNV berufen und in der bundesweiten PSNV-Datenbank gesondert ausgewiesen sein. Die vom Netzwerk-Projekt vorgeschlagenen Aufgaben und eine Rolle vor Ort werden in den Sprachregelungen näher definiert (s. Task Force, 8.4.3).

Eine bundeseinheitliche bzw. harmonisierte Regelung von Leitungs- und Koordinierungsfunktionen in der Großschadens- bzw. im Katastrophenlage sollte die Funktion des **Fachberaters/Sachgebiets im Stab**, die **Leitung** aller PSNV-Maßnahmen und die **organisatorische Koordination** regeln (s. 8.4.3). Dazu wird folgende PSNV-Koordinationsstruktur zur bundesweiten Einführung empfohlen (s. Abbildung 31).

Abbildung 31: PSNV in der Großschadenslage/im Katastrophenfall



7.2.4 Sicherstellung und Qualifizierung von PSNV im Vorfeld – Ebene der Länder und Kommunen

Zur Vorhaltung, ausreichenden Vernetzung und Organisation einer Gesamtstruktur der PSNV für einzelne Notfallereignisse im Alltag und im Vorfeld von Großschadenslagen bzw. umfassenden PSNV-Koordinationsanforderungen wird die Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV (organisatorische Einheit) bzw. die Berufung eines Landesbeauftragten PSNV (einzelne Person innerhalb oder außerhalb von Behörden, Organisationen oder Kirchen) in jedem Bundesland vorgeschlagen (s. 7.2.3). Der Landesbeauftragte PSNV nimmt die Aufgaben der Landeszentralstelle PSNV wahr.²⁸

Die Landeszentralstelle PSNV sollte als eine Organisationseinheit im Geschäftsbereich des Innenressorts eingerichtet werden. Die Form der Umsetzung – vor allem hinsichtlich der Institutionalisierungsform – bestimmen die jeweiligen Länder.

- Die Landeszentralstelle PSNV führt alle PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie für Einsatzkräfte auf Landesebene behörden- und organisationsübergreifend zusammen und ist regionaler Knotenpunkt zwischen horizontaler Vernetzung und struktureller Einbindung.
- Sie fungiert als Ansprechpartner der Innenressorts des jeweiligen Bundeslandes und des Bundes, insbesondere des Fachbereiches Psychosoziale Notfallversorgung im Zentrum Krisenmanagement des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK-K) vor dem Hintergrund der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung.
- Zugleich nimmt sie im jeweiligen Bundesland eine koordinierende Funktion zwischen dem jeweiligen Innenressort und dem Gesundheits- und Sozialressort in der Abstimmung aller Maßnahmen der langfristigen Notfall- und Einsatznachsorge im Übergang von der Psychosozialen Notfallversorgung zur ambulanten und stationären psychologischen, psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung wahr.
- Weiterhin ist sie Ansprechstelle der in den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) zu ernennenden PSNV-Ansprechpartner. Die Landeszentralstelle PSNV berät Personen mit Führungsfunktionen im Einsatzabschnitt PSNV im Katastrophen- oder Großschadensfall.
- Die Landeszentralstelle PSNV akkreditiert Teams oder Personen auf Länderebene. Die Akkreditierung von Personen oder Organisationen/Teams erfolgt nach Prüfung des Vorliegens der bereichsspezifischen Qualifikation und der Einbindung in bestehende Arbeitsstrukturen und schließt mit der Aufnahme in einer Alarmierungsliste auf Landesebene ab. Die Akkreditierung wird vom

²⁸ Im Folgenden ist mit Landeszentralstelle immer sowohl die organisatorische Einheit als auch die Person des/der Landesbeauftragten gemeint.

Bundesinnenministerium oder der mit dieser Aufgabe betrauten Verwaltungseinheit ausgesprochen und führt zur Aufnahme in Alarmierungslisten auf Landesebene.

- Die Landeszentralstelle PSNV führt die akkreditierten Anbieter in fortlaufend aktualisierten Alarmierungslisten auf Landesebene und meldet diese an die unteren Katastrophenschutzbehörden sowie die bundesweite PSNV-Datenbank (deNIS®).
- Die Landeszentralstelle PSNV unterstützt die BOS und Teams in der Qualifizierungs- und Gründungsphase von PSNV-Angeboten und -Strukturen.
- Die Landeszentralstelle PSNV aktualisiert in Absprache mit den BOS und Leitstellen die Alarmierungslisten und meldet aktualisierte Listen akkreditierter Personen/Teams/Organisationen an die bundesweite PSNV-Datenbank (deNIS).
- Die Landeszentralstelle PSNV erhält einen Nutzerzugang zur bundesweiten PSNV-Datenbank.
- Die Landeszentralstelle PSNV organisiert subsidiär auch die Durchführung von Fort- und Weiterbildung in Fragen des Bevölkerungsschutz für alle nicht aus dem System des Bevölkerungsschutz kommenden Anbietersysteme (z.B. Psychotherapeuten, Mitarbeiter von Krisendiensten der ambulanten psychosozialen und (sozial)psychiatrischen Versorgung sowie der Seelsorge in Abstimmung mit akkreditierten Ausbildungsanbietern.
- Eine horizontale Vernetzungsfunktion nimmt die Landeszentralstelle PSNV ein, indem ein Austausch und Zusammenarbeit in regelmäßigen Treffen ermöglicht und diese organisiert (s. 10.5.2).

In der Großschadens- oder Katastrophenlage nimmt die Landeszentralstelle PSNV die Beratung des Leiters PSNV bzw. der mit der Wahrnehmung der Aufgabe des Leiters PSNV beauftragten Person der Bundes-Task-Force PSNV wahr. Die Landeszentralstelle PSNV stellt in größeren Lagen, in denen es auch zum Einsatz externer Hilfesysteme kommt, sicher, dass regional verfügbare Kompetenzen genutzt werden.

- Die Landeszentralstelle trägt durch ein umfassendes Netzwerk- und Versorgungswissen zur Ausschöpfung regionaler und landesweiter Ressourcen der PSNV bei. In der langfristigen Nachsorge unterstützt sie/er die Arbeit der langfristigen Nachsorgemaßnahmen.
- Im Falle der Versorgung im Ausland von Unglücksfällen betroffener Deutscher nach ihrer Rückkehr unterstützt die Landeszentralstelle die Arbeit von NOAH (Nachsorge, Opfer- und Angehörigen-Hilfe im BBK-K) und führt die begonnenen Hilfsmaßnahmen auf Landesebene im Rahmen der Zuständigkeiten weiter.

7.2.5 Empfehlungen zur Regelung der strukturellen Einbindung in den Katastrophenschutz – Ebene der Kreise und Kreisfreien Städte

Die Kreise und Kreisfreien Städte sollten zur Sicherstellung regionaler PSNV-Strukturen folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Sie unterstützen die regionalen BOS in der Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen für PSNV-Angebote durch eine intersektorische, Innen- und Gesundheitsressort betreffende Abstimmung und evtl. finanzielle Beteiligung/Zuwendung.
- Sie beziehen akkreditierte PSNV-Anbieter in Übungen ein.
- Sie halten aktuelle Listen von akkreditierten PSNV-Anbietern in den zuständigen Leitstellen vor.
- Sie stellen die Qualifizierung in notfallrelevanten Themenbereichen insbesondere im Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischen Dienst sicher.
- Sie koordinieren die PSNV für freiwillige Feuerwehren (Fürsorgepflicht).
- Sie koordinieren im Bedarfsfall bei Beauftragung durch HiOs bzw. THW die PSNV für freiwillige Helfer im Katastrophenschutz.
- Sie fordern Listen von akkreditierten PSNV-Anbietern benachbarter Kreise bei größeren Lagen im Ministerium des Innern oder in der Landeszentralstelle PSNV ab (kreisübergreifende Zusammenarbeit).
- Sie fordern im Großschadens- bzw. Katastrophenfall landesweit akkreditierte PSNV-Angebote sowie Kräfte anderer Bundesländer über den Leiter PSNV ab.

7.3 Abschlussbemerkung

Mit den vorgestellten Überlegungen zur **vertikalen strukturellen Einbindung und Qualitätssicherung** wurden mögliche Wege zu einer abgestimmten, transparenten und harmonisierten vertikalen Vernetzung beschrieben. Zugleich werden hier aber auch die Ebenen deutlich, auf denen noch auf dem Wege der Umsetzung eine Vielzahl von Klärungen vorgenommen und inhaltliche Lösungen gesucht werden müssen.

In einem nächsten Schritt sollen Vorschläge zur Einführung eindeutiger Sprachregelungen (s. 8.) sowie – darauf aufbauend zur bundeseinheitlichen Erfassung der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter (s. 9.) vorgestellt werden.

Im abschließenden Kapitel werden Vorschläge unterbreitet, wie Austausch und Zusammenarbeit im Sinne einer **horizontalen Vernetzung** aller Akteure ermöglicht werden kann, um maximale Synergieeffekte durch einen wechselseitigen Informationsaustausch zu ermöglichen und die Zusammenarbeit von Teams und Einzelanbietern auch auf Landesebene durch eine persönliche Kenntnis zu erleichtern (10.).

8. Standards der Verständigung – Sprachregelungen

8.1 Problem- und Zielstellung

In Großschadenslagen ist der gezielte Einsatz einer Vielzahl von PSNV-Anbietern und die Koordinierung unterschiedlicher PSNV-Angebote aufgrund der Bezeichnungsvielfalt gegenwärtig noch erschwert, wie die Interviews mit Koordinierungsexperten zeigen konnten (vgl. 6.). Eine Anbieterzusammenarbeit ist aufgrund der (teilweise nur scheinbaren) Differenzen oder real divergierender Handlungslogiken erschwert. Diese schwer zu koordinierende Vielfalt resultiert auf der Ebene der PSNV-Angebotsbezeichnungen aus:

- der gleichen Benennung von PSNV-Angeboten bei ungleicher Handlungslogik (s. 3.3) (z.B. Krisenintervention in der Lebenskrisen- bzw. Notfall-Logik);
- der unterschiedlichen Benennung bei vergleichbarer Handlungslogik (s. 3.3) (z.B. Notfallbegleitung, Krisenintervention, psychologische Unterstützung);
- der Verwendung von gleichen PSNV-Angebotsbezeichnungen für unterschiedliche Zielgruppen oder unterschiedliche Zeitfenster der PSNV (z.B. Krisenintervention);
- der Verbindung von Tätigkeitsbezeichnungen mit Berufsbezeichnungen (z.B. psychologische Unterstützung, oder auch Notfallseelsorge in Teams, in denen nicht alle Mitglieder Seelsorger sind (wie in Ostdeutschland häufiger anzutreffen));
- der Verwendung des gleichen Begriffes für eine wissenschaftliche Teildisziplin, eine berufsgruppeninterne Bereichsbezeichnung sowie für ein in anderen Qualifikationen zur Anwendung kommenden bezugswissenschaftlichen Wissens:

So ist z.B. *Psychotraumatologie* bislang sowohl

- a) wissenschaftliche Grundlage unterschiedlicher PSNV-Qualifizierungen (z.B. KIT, Notfallseelsorge, CISM/SbE),
- b) Spezialisierungsgebiet von Wissenschaftlern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,
- c) Handeln in der Akutphase *und* in der langfristigen Nachsorge

Auch *Notfallpsychologie* ist bislang

- a) wissenschaftliche Grundlage unterschiedlicher Qualifizierungen,
- b) Spezialisierte Berufstätigkeit von Diplom-Psycholog(inn)en,
- c) Handeln in der Akutphase und in der langfristigen Nachsorge.

So werden dann Notfallseelsorger, Peers, Kriseninterventionsteams ‘psychotraumatologisch’ und ‘notfallpsychologisch’ tätig.

8.2 Bezugssysteme, „Zielgruppen“ und „Zeit“

8.2.1 Zielgruppen der PSNV

Die PSNV-Angebote werden nach unterschiedlichen Zielgruppen differenziert. Unterschieden werden folgende **Zielgruppen** der PSNV:

1. die körperlich verletzten oder körperlich unverletzten primär von einem Ereignis betroffenen Personen,
2. die Angehörigen, Augenzeugen, Anwohner, Journalisten u.a. als sekundär Betroffene,
3. sowie, als besondere Gruppe der sekundär betroffenen Personen, die unmittelbar oder indirekt am Einsatz beteiligten Einsatzkräfte.

Jede dieser Personengruppen entwickelt im Verlauf der Zeit unterschiedliche Bedürfnisse und stellt daher spezifische Anforderungen an die PSNV (BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002). Da sich Einsatzkräfte jedoch hinsichtlich ihres Normalniveaus von stressrelevanten Situationswahrnehmungen sowie hinsichtlich der Vorbereitungen auf belastende Einsatzsituationen von Notfall-Betroffenen unterscheiden (Bengel, 2004), wird im Folgenden in Übereinstimmung mit geltenden Empfehlungen (z.B. Seynaeve, 2001) nur noch zwischen Opfern, Angehörigen, Hinterbliebenen und Augenzeugen²⁹ einerseits und Einsatzkräften andererseits unterschieden.

8.2.2 Psychosoziale Notfallversorgungsstrategien im zeitlichen Verlauf der PSNV

Die folgenden **Handlungsstrategien im zeitlichen Verlauf** der PSNV sowie die dazu zu zählenden Tätigkeiten können im Rahmen der PSNV bis auf Primärprävention unabhängig von den Zielgruppen unterschieden werden (Tabelle 14, S. 192) (zum Handlungsverständnis s. 3.3).

²⁹ Differenzierte Expertise vor allem für einzelne Opfergruppen (z.B. Eltern nach plötzlichem Säuglingstod, Angehörige nach Suizid) wird durchaus zu entwickeln sein und sich in den Curricula finden; im Erfassungsbogen (s. Anhang) der Datenbank würde diese Expertise dort auch erfragt. An dieser Stelle wird undifferenziert weiter von Opfer, Angehörigen und Hinterbliebenen als gemeinsam behandelte Gruppe die Rede sei.

Tabelle 14: Übersicht über Maßnahmen der PSNV im zeitlichen Verlauf

| Strategie | Zeitraum | Tätigkeiten |
|--|--|---|
| Primärprävention (nur für Einsatzkräfte) | vor Einsätzen | <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung; • stressimmunisierende Vorbereitung auf hochbelastende, komplexe Einsätze; • Stressmanagement; • Ziel: Optimierung von Anforderungen und Belastungen sowie Minderung von Stress- und Traumareaktionen. |
| Krisenintervention als Sekundärprävention | kurzfristig ereignisnah 1. Tag | <ul style="list-style-type: none"> • alle <u>unmittelbaren</u> methodisch-strukturierten Maßnahmen der psychosozialen Begleitung, Stabilisierung, Gewährung von Sicherheit und Entlastung sowie primärer körperlicher Bedürfnisbefriedigung; |
| | mittelfristig bis max. 4 Wochen | <ul style="list-style-type: none"> • alle <u>mittelfristigen</u> methodisch-strukturierten Maßnahmen der Ermöglichung von emotionaler und kognitiver Erfahrungsverarbeitung, der Ressourcenstärkung und des Empowerment; • nach einer potenziell traumatischen Situation und traumatisierenden Erfahrung; • Ziel: Vorbeugung von Traumatisierung und Traumafolgen sowie Fehlbeanspruchungsfolgen (nur Einsatzkräfte). |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Sekundärprävention | ca. 1 Jahr³⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Begleitung, Betreuung, Beratung; • Schaffung von Gelegenheitsstrukturen für den Austausch mit anderen Betroffenen; • Hilfen beim Aufsuchen von Vermittlung an relevante Dienste und Behörden (auch administrativ³¹) (und ggf. öffentliche Vertretung); • Ziel: Begleitung, Stärkung, Stabilisierung und anwaltliche Vertretung bei der Rückkehr in den (veränderten) Alltag. |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Tertiärprävention | im Bedarfsfall | <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante und stationäre Ärztliche und Psychologische Psychotherapie im Fall psychischer Traumafolgen mit Krankheitswert; • Psychosoziale Beratung und umfassende Rehabilitation • Ziel: Vollständige körperliche, soziale und berufliche Rehabilitation. |

8.3 Leitlinien der Entwicklung von eindeutigen Sprachregelungen

Wie bereits gezeigt werden konnte (s. 6., 7.) können Überlegungen zur PSNV von Einsatzkräften von Feuerwehr, Rettungsdienst und THW nicht ohne die Berücksichtigung der Arbeit anderer Einsatzorganisationen und der Versorgung von Opfern, Angehörigen und Hinterbliebenen angestellt werden. Daher werden sich die Empfehlungen zur sprachlichen Differenzierung der PSNV-Angebote auch hier auf das *breite Spektrum* der Hilfen für Einsatzkräfte sowie Opfer, Angehörige und Hinterbliebene beziehen müssen und damit über den Projektauftrag hinaus weisen. Die Empfehlungen folgen dabei wieder dem Grundsatz des Netzwerk-Projekts zu *vereinheitlichen, nicht zu vereinheitlichen*.

- **Vergleichbarkeit im Einsatz:**
Sprachregelungen zu PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern sollen der bundesweiten Vergleichbarkeit dienen, um einheitlich Beauftragung und Einsatz zu regeln. Es soll zu Synergieeffekten in der Zusammenarbeit von PSNV-Angeboten mit gleicher Handlungslogik und zum Abbau von Schnittstellenproblemen durch geregelte, voneinander abgegrenzten Aufgaben mit differenter Handlungslogik führen. Schnittstellenprobleme zwischen PSNV-Angeboten, die zeitlich aufeinander folgen, sollen abgebaut werden.
- **Respekt gegenüber Selbstverständnissen, aber Transparenz im Einsatz:**
Da ein großer Teil der PSNV von ehrenamtlichen Kräften geleistet wird, wird wie in allen Feldern des bürgerschaftlichen Engagements zu berücksichtigen sein, dass gerade über die Benennung ein Selbstverständnis ausgedrückt wird, welches das Engagement trägt und als identitätsstiftende Ressource des Engagements zu respektieren ist (Richter, 1994; Roth, 1994; Wendt, 1996; Braun, 1998; Lenz & Stark, 2002). Bei Bezeichnungen von PSNV-Angeboten, die den vorgeschlagenen einheitlichen Bezeichnungen nicht entsprechen, sollten zukünftig immer auch die offiziellen Bezeichnungen ergänzend geführt werden (z.B. SINN – Seelsorge für Menschen in Not (Notfallseelsorge)).
- **Qualitätssicherung:**
Voraussetzung zur Führung einer PSNV-Angebotsbezeichnung ist der Abschluss einer jeweils qualifizierenden, akkreditierten Aus-, Fort- und Weiterbildung (s. 7.2.2).
- **Eindeutigkeit der PSNV-Angebots- und Leistungsbezeichnung:**
PSNV-Angebote sind durch Aufgaben, Zielgruppen und Zeitfenster definiert. Werden sie alarmiert, ergeht der Auftrag zu einer eindeutig definierten Leistungserbringung in Form von durchgeführten PSNV-Maßnahmen.

Fußnote zu Seite 192

30 Frau Ass.Prof. Dr. Lueger-Schuster antwortete im Rahmen eines Symposiums (DGVT-Kongress, 8.3.2004, Berlin) auf die Frage, wie lange eine Nachsorge denn maximal dauern könne: „Im Zweifelsfall lebenslang.“

31 um Sekundärviktimsierung vorzubeugen (vgl. etwa Hagemann, 1993).

- **Eindeutigkeit der PSNV-Anbieterbezeichnung**

Personen sind für (einzelne oder mehrere) definierte PSNV-Angebote qualifiziert und führen die entsprechende PSNV-Anbieterbezeichnung. Sie können grundsätzlich die geforderte PSNV-Maßnahme erbringen.

- **Mehrfachqualifikationen einer Person oder eines PSNV-Anbieters**

Personen oder PSNV-Anbieter können durch mehrere qualifizierende Ausbildungsmerkmale auf einem Ausweis kenntlich gemacht werden.

PSNV-Führungskräfte haben das Recht (im dringenden Fall auch ohne Absprache mit evtl. vorhandenen anbieterspezifischen Koordinatoren, z.B. Leitender Notfallpsychologe, Leitender Notfallseelsorger), bei mehrfach qualifizierten und mehrere PSNV-Angebote aktuell vorhaltenden PSNV-Anbietern den Einsatzabschnitt festzulegen. Für die Dauer des PSNV-Einsatzes führt die Person die Bezeichnung des PSNV-Angebotes, das sie im jeweiligen Einsatz leistet und zu dem sie durch den Einsatz oder Leiter des Einsatzabschnittes PSNV beauftragt wurde. Der Auftrag bestimmt die durchgeführte PSNV-Maßnahme.

- **Erkennbarkeit der PSNV-Einsatzabschnitte**

Als Handlungsstrategie im Spektrum zwischen psychischer Gesundheit und Störung verfolgt Krisenintervention für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene einerseits und Einsatzkräfte andererseits ein gemeinsames sekundärpräventives Ziel. Da PSNV bei Einsatzkräften darüber hinaus ein weiteres Ziel verfolgt, nämlich den Erhalt der Einsatzfähigkeit (s. 3.2), sollten sprachliche Differenzierungen der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter die Zielgruppe erkennen lassen.

PSNV-Anbieter für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. für Einsatzkräfte sind im Einsatz jeweils einheitlich an Kleidungsmerkmalen kenntlich zu machen. Da jedoch bereits

a) länderspezifische Kleidungsregelungen (grüne, gelbe Jacken...) existieren, die b) bereits unter großem finanziellen Aufwand umgesetzt wurden, diese aber in einer Großschadenslage mit überregionalen Kräften Verwirrung stiften könnten,

sollten bei Annahme der Empfehlungen bundeseinheitlich ergänzende, gut erkennbare, nicht fest mit der Kleidung verbundene *Einsatzabschnittskennungen* verbindlich vorgeschrieben werden.

- **Geschützte Berufs- und berufsgruppeninterne Bereichsbezeichnungen**

Berufsbezeichnungen und berufsgruppeninterne Bereichsbezeichnungen führen nur Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung sowie nachgewiesener Qualifikation im definierten Bereich (z.B. *Notfall-Seelsorger* ist nur ein Seelsorger, d.h. mit abgeschlossenem Studium mit *Notfall-Seelsorge*qualifikation; *Notfallpsychologe* ist nur ein Diplom-Psychologe mit *notfallpsychologischer Zusatzqualifikation*; *Psychotraumatheapeut* ist nur ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation *Psychotraumatheapie*³²).

32 Zur Problematik der noch nicht eindeutig definierten berufsgruppeninternen Bereichsbezeichnungen s. 7..

Sind Personen Mitglied in einem PSNV-Anbietersystem, das eine Berufsbezeichnung führt, die diese Berufsausbildung jedoch nicht haben, sind sie als Mitglied im Team zu kennzeichnen. Langfristig ist in gemischten Teams eine berufsgruppenneutrale Angebotsbezeichnung anzustreben.

8.4 Empfehlungen zu einer eindeutigen Sprachregelung

8.4.1 Vorbemerkung: Psychosoziale Unterstützung oder Psychosoziale Notfallversorgung?

Zwischen der Abfassung und Veröffentlichung dieses Endberichtes sind inzwischen eineinhalb Jahre vergangen, in denen die Empfehlungen des Netzwerkprojektes diskutiert wurden und in Umsetzungsprozesse eingemündet sind. Die hier vorgelegten Sprachregelungen haben dabei Modifikationen im Prozess der Umsetzung, insbesondere in der Durchführung von Qualifikationsmaßnahmen zu PSNV-Führungsfunktionen an der AKNZ erfahren, die wiederum vom Netzwerkprojekt aufgegriffen wurden und zur Publikation von modifizierten Benennungen der PSNV-Führungsfunktionen in der Darstellung der Struktur in der Großschadenslage geführt haben, um zu einem konsistenten Gebrauch beizutragen. Im Folgenden werden die Bezeichnungen des Endberichtes beibehalten (Stand Juli 2004). Jedoch soll eine ergänzende Kommentierung vorgenommen werden.

PSNV-Anbieter sind alle Personen, Teams und Systeme, die eine PSNV-relevante Qualifikation für PSNV-Angebote im breiten Spektrum der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aufweisen und grundsätzlich nach Auftrag tätig werden könnten.

PSNV-Angebote sind alle PSNV-relevanten, methodisch-strukturierten und jeweils in sich geschlossenen Handlungsstrategien mit definiertem Methodenspektrum und spezifischer Handlungslogik. Die Durchführung erfordert eine spezifische (ergänzende) Qualifikation.

PSNV-Maßnahmen sind die nach Beauftragung *durchgeführten* PSNV-Angebote, die der jeweiligen Handlungslogik des jeweils umgesetzten PSNV-Angebotes folgen. Sie werden differenziert nach:

- **Interventionen:** ausschließlich professionelles, ärztlich- und psychologisch-psychotherapeutisches und psychiatrisches Handeln mit heilkundlicher Handlungs-Logik
- **Hilfen:** breites Spektrum professioneller und nicht professioneller, methodisch-strukturierter und reflektierter, aber auch alltagsnaher sowie gesondert qualifizierter Hilfen mit sekundärpräventiver Handlungs-Logik unter Einbeziehungen unterschiedlicher Hilfesysteme und Fachdisziplinen;

In einem definierten Einsatz durchgeführte PSNV-Maßnahmen mit Hilfecharakter unter Einsatzbedingungen mit definierter PSNV-Führungsstruktur und in einen definierten Einsatzabschnitt werden mit Zielgruppenbezug differenziert in

- **Psychosoziale Akuthilfen** für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen, die der Handlungslogik der Krisenintervention im Notfall folgen (s. 8.4.2), und
- **Einsatzbegleitung/Einsatznachsorge** für Einsatzkräfte im Bevölkerungsschutz. Die Ausführung setzt seitens der durchführenden PSNV-Anbieter neben der erworbenen Qualifikation Feldkompetenz (und dienstespezifische Einsatzerfahrungen) voraus.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) umfasst über die Durchführung der Gesamtheit aller PSNV-Maßnahmen in einem konkreten Einsatz hinaus ein systembezogenes interdisziplinäres Wissen und Handeln in und mit unterschiedlichen *Angebotssystemen, Versorgungsstrukturen, Organisationsformen und Regelungen* sowie *Angeboten und Anbietern* von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen des Bevölkerungsschutzes aber auch in der ambulanten und stationären psychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Regelversorgung. *PSNV* umfaßt sowohl die *PSNV*-Maßnahmen als auch den strukturellen Rahmen. Wird der PSNV-Begriff verwendet, ist immer auch Versorgungs- und Netzwerkwissen und Handelskompetenz in unterschiedlichen Versorgungssystemen erforderlich.

Psychosoziale Unterstützung (PSU) weist in Begriff und der gebräuchlichsten Verwendung größte Ähnlichkeiten mit PSNV-Maßnahmen unter Einsatzbedingungen auf.

Auf die Verwendung des Terms „Psychosoziale Unterstützung = PSU“ wird in den folgenden Empfehlungen jedoch mit dem Ziel der Eindeutigkeit verzichtet,

- a) da er zuweilen gleichgesetzt wird mit Einsatznachsorge-Maßnahmen;
- b) da er die Grenzen verwischt zwischen dem informellen, spontanen und informellen Handeln in sozialen Beziehungen („Soziale Unterstützung“) und dem methodisch-strukturierten, qualifizierten und reflektierten Handeln spezifisch qualifizierter PSNV-Anbieter; und
- c) da das Bedeutungsspektrum des Terms „Psychosoziale Unterstützung“ Konnotationen hervorruft, die PSNV-Anbieter-Konkurrenzen und fachliche (Schein) Konflikte provozieren. So möchten die zur Heilkunde berechtigten Berufsgruppen ihr Handeln nicht mit dem von weitergebildeten, sekundärpräventiv methodisch-reflektiert Handelnden gleichgesetzt sehen („Laien“). Die spezifisch weitergebildeten, sekundärpräventiv methodisch-reflektiert Handelnden wiederum möchten ihre Kompetenz abheben von spontaner, intuitiver Mitmenschlichkeit („Kontraintuitiv – KIT-München, 2004).

Das Netzwerkprojekt differenziert daher in **Unterstützung** (natürliche, im informellen sozialen Netzwerk mehr oder weniger im Ereignisfall verfügbare Ressource der Betroffenen) und **PSNV-Maßnahmen**.

8.4.2 Grundsätzliche Merkmale des Vorschlags

Sprachlich differenzierter Zielgruppenbezug

Es wird eine durchaus geläufige, in den PSNV-Angebotsbeschreibungen praktizierte, aber nicht verbindlich vereinbarte Differenzierung von Kriseninterventionsangeboten für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen einerseits und Einsatzkräfte andererseits aufgegriffen und zur verbindlichen Verwendung vorgeschlagen: die Unterscheidung zwischen *Psychosoziale Akuthilfen (auch Notfallbegleitung, s.u.)* und nachfolgender *Notfallnachsorge* als Angebot an Opfer, Angehörige, Augenzeugen und Hinterbliebene einerseits und *Einsatzbegleitung und -nachsorge* als sekundärpräventivem Angebot an Einsatzkräfte andererseits.

In der Konsequenz sind sie damit jeweils als Maßnahmen der allgemeinen *Gesundheitsvorsorge* im *Gesundheitsressort* bzw. als Fürsorgepflicht der Arbeitgeber (Weißgerber, 2001, INQA, 2004) bzw. Katastrophenschutzbehörden im *Innenressort* ausgewiesen.

Differenzierung zwischen Kriseninterventionsangeboten

Zur Unterscheidung der Kriseninterventionsangebote, die einer Notfall- bzw. Lebenskrisenlogik folgen, werden differenzierte Anbieterbezeichnungen vorgeschlagen.

Die bekannten PSNV-Angebots- und PSNV-Anbieterbezeichnungen *Notfallseelsorge* und *Kriseninterventionsteam*, die der Handlungslogik der „Krisenintervention im Notfall“ folgen, werden hier ausschließlich für die Verwendung im Kontext der Opfer- Angehörigen- und Hinterbliebenenhilfen im Bevölkerungsschutz vorgeschlagen.

Die der Handlungslogik der „Krisenintervention in der Lebenskrise“ folgenden Angebote der (sozialpsychiatrischen) Psychosozialen Krisenversorgung werden im Folgenden als *Krisendienste* bezeichnet.

Gemeinsamer Oberbegriff „Psychosoziale Akuthilfen“ für alle kurzfristigen und mittelfristigen Angebote der Krisenintervention für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene in einem definierten Einsatz

In Abbildung 33, S. 202 und Abbildung 34, S. 203 werden die kurz- und mittelfristigen PSNV-Angebote für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene unter dem Oberbegriff *der Psychosozialen Akuthilfen bzw. Notfallbegleitung* vorgeschlagen:

1. um das Zeitfenster und das Handeln unter Einsatzbedingungen und in einer Führungsstruktur kenntlich zu machen;
2. um den sekundärpräventiven Charakter zu unterstreichen, der – basierend auf den spezifischen Bedürfnissen der Menschen im Anschluss an ein Extremereignis (Lueger-Schuster, 2003, 2004a; Teichmann & Franke, 2004) – in hohem Maße durch Begleitung, Beistand, „unaufdringliche Anwesenheit“

(KIT-München, 2004) „psychosoziale Begleitung“ (Waterstraat, 2001; Müller-Lange, 2001a) und ressourcenaktivierende Hilfen (Teichmann & Franke, 2004) geprägt ist und nicht als heilkundlich-psychotherapeutische Intervention gekennzeichnet werden kann (Müller-Cyran, 2004);

3. um Konnotationen mit Berufsgruppenbezeichnungen (etwa „psychologische Betreuung“, Lasogga & Gasch, 2002b, S. 57; Psychologische Erste Hilfe, FUK, 2001) oder einzelnen Wissenschaftsbereichen (Psychotraumatologische Akuthilfe, Hausmann, 2003, S.24), zu vermeiden;
4. sowie um Beschränkungen der PSNV-Angebotsvoraussetzungen allein auf bereits traumatisierte Menschen (Müller-Cyran, 2004: peritraumatische Arbeit; s. auch KIT-München, 2004) auszuschließen.

In einigen Bundesländern (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen) wird der Begriff der **Notfallbegleitung** gegenwärtig in größerem Umfang eingeführt. Bestehend daran erscheint, die Analogie einerseits zwischen Notfall- und Einsatz*begleitung* und andererseits Notfall- und Einsatz*nachsorge*. Mit dem Begleitungs**begriff** wird vor allem das begleitende Handeln im direkten Anschluss an die Notfallerfahrung hervorgehoben. Jedoch rücken die methodisch-strukturierten Elemente der PSNV-Maßnahmen u.E. zu sehr in den Hintergrund, die real im Zeitverlauf an Bedeutung zunehmen (Lueger-Schuster, 2003; Müller-Cyran, 2004; Teegen, 2004). Vergleichbare Einwände wären gegen die „Psychosoziale Unterstützung in der Akutphase“ vorzubringen, der jedoch der zusätzliche Nachteil der Länge anhaftet, die als „Psychosoziale Unterstützung“ allein jedoch entweder zu große Überschneidungen mit der informellen, natürlichen sozialen Unterstützung (Keupp, 1987; Laireiter, 1993) aufweist oder mit gleich genannten Angeboten der Einsatznachsorge („PSU“).

Der Begriff „**Psychosoziale Akuthilfen**“ knüpft stärker an psychosoziale, alltagsnahe und zugleich (auch professionelle), methodisch-strukturierte Traditionen der „*Hilfen*“ an (z.B. Jugendhilfe, Altenhilfe, Behindertenhilfe) (s. auch Psychische Erste Hilfe, Lasogga & Gasch (2002b), Hilfe für Helfer, Helmerichs (2002); Koordinierungsstelle Einsatznachsorge (2002); Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe in der Schweiz). Mit der Betonung der „*Akut*“-Versorgung (s. auch BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002, S. 12) bzw. der „*Akut*“-Hilfe (s. auch BVA, Zentralstelle für Zivilschutz, 2002, S. 13), der „*Akut*“-Intervention (Lueger-Schuster, 2004b, S. 119) wird vor allem das Geschehen unter Einsatzbedingungen mit hoher Dringlichkeit und Notfall-Logik unterstrichen (s. auch 3.3.1). Hier sei auch auf die Empfehlungen des Policy Paper (Seynaeve, 2001) verwiesen, in dem die PSNV in der „*Akut*“-Phase gesondert behandelt ist.

Die o.g. Angebote unter *einem* Begriff zu führen, erscheint aus folgenden Gründen gerechtfertigt:

1. Alle PSNV-Maßnahmen in der Akutphase beziehen sich auf die Verarbeitung einer Extremerfahrung durch das erlebende Subjekt und damit auf gemeinsame humanwissenschaftliche, insbesondere psychologische und psychotraumatologische Grundlagen. Ihr Handeln folgt der Kriseninterventionslogik im

Notfall. Sie weisen darüber hinaus spezifische Haltungen, Notfallverständnisse und methodische Wurzeln ihres Handelns auf (s. 3.3.2.2). Sie weisen spezifische Handlungskompetenzen auf, die ihr Handeln in der Akutphase ergänzend differenzieren.

2. Alle Anbieter von psychologischen, psychotraumatologischen Akuthilfen, Notfallseelsorge und Krisenintervention sind im Unterabschnitt Opfer/Angehörige vorzusehen und sollten aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten können.
3. Ihr Handeln sollte im Kernbereich gleichen Mindeststandards folgen. Dazu gehört auch, dass die PSNV-Anbieter, die PSNV-Maßnahmen unter Einsatzbedingungen durchführen, nachgewiesenermaßen mit den Regelungen des Katastrophenschutzes vertraut sind sowie feldkompetent und bereit, zu alltagsnahem, unmittelbare Bedürfnisse befriedigendem Handeln (wenn die Situation es erforderlich macht) (Hausmann, 2003; Kays, & Schlenk, 2003; Lueger-Schuster, 2003, 2004a; Teichmann & Franke, 2004; KIT-München, 2004).
4. Teams (z.B. in Sachsen-Anhalt: Magdeburg, Halle, Stendal), Ausbildungsgänge (Universität Jena, Institut für Notfallseelsorge und Krisenintervention) und fachliche Zusammenschlüsse (z.B. Fachverband Notfallseelsorge und Krisenintervention in Mitteldeutschland) führen Notfallseelsorge und Krisenintervention häufig gemeinsam im Titel und betonen den deutlichen Überschneidungsbereich im Selbstverständnis und Handeln³³.

Das von Müller-Cyran (1997) beschriebene Ergänzungsverhältnis wird in den jeweiligen Stärken der verschiedenen PSNV-Anbieter bei gleichzeitig geteilten gemeinsamen humanwissenschaftlichen Grundlagen gesehen.

- Die Stärken der *Notfallseelsorge* können im seelsorgerlichen Zugang zu Menschen in existenziellen Erschütterungssituationen und in der seelsorgeimmanenten Trauerbegleitung gesehen werden³⁴. Dabei geht die religiöse Thematisierung zum einen vom Betroffenen aus, der ein religiöses Bedürfnis äußert; zum anderen hat der Notfallseelsorger ein christlich-religiöses Selbstverständnis

33 Alle gewählten Beispiele entstammen den ostdeutschen Bundesländern, in dem die religiösen Traditionen zu DDR-Zeiten in der Gesellschaft eine gegenüber Westdeutschland deutlich abweichende Entwicklung genommen haben. Dies mag zur Erklärung herangezogen werden, wenn man an die Akzeptanzsicherung in der Bevölkerung denkt. Aber ebenso wäre eine „Wagenburg-Mentalität“ zwischen Notfallseelsorge und säkularen Angeboten denkbar – dass hier Gemeinsamkeiten betont werden, erscheint daher umso bemerkenswerter für die Frage der „Vernetzung“ und „Mindeststandards“.

34 Die im Kontext der Notfallseelsorge vorliegenden Publikationen spiegeln eine nicht einheitliche Verortung im Verhältnis zur Psychotraumatologie und Psychologie wider. Hier scheint der Selbstverständigungsprozess noch nicht abgeschlossen. Auch wird auf ein wahrgenommenes unterschiedliches Verständnis der protestantischen und katholischen Seelsorger hingewiesen (Marcinkowski, mündl. Mitteilung). Gänzlich vernachlässigt wurde hier das Selbstverständnis der Vertreter anderer Religionsgemeinschaften im Kontext der Notfallhilfen. Gerade in großen Städten wird diese Perspektive u.E. zukünftig noch stärker zu berücksichtigen sein.

nis in seiner Tätigkeit, das über die Kernkompetenzen der Psychosozialen Akuthilfen hinaus bei Nachfrage zum Ausdruck kommen kann (Müller-Cyran, 2004).

- Die Stärken der *Krisenintervention* im Rettungsdienst lägen z.B. bei Vorliegen rettungsdienstlicher (Basis)Kompetenzen (z.B. KIT-München) in der ergänzenden präklinischen Notfallkompetenz und Handlungslogik, oder beim Vorliegen psychosozialer Ausbildungen (z.B. AkutbetreuungWien) im Einbringen der Kriseninterventionslogik in der Lebenskrise.
- Dass Anbieter *Notfallpsychologischer Akuthilfe* bzw. *Psychotraumatologischer Akuthilfe* (s. auch Hausmann, 2003, S.24) neben den Handlungen, die den Gesetzmäßigkeiten *aller* PSNV-Angebote in der Akutphase folgen, darüber hinaus noch Screening und peritraumatische, psychotherapeutische Frühinterventionen leisten *können* (Hofmann, Liebermann & Flatten, 2001), liegt im spezifischen beruflichen Hintergrund der Professionen bzw. ihrer bereichsspezifischen Kompetenz, ist jedoch nicht als zentrale Anforderung innerhalb der Akutphase zu sehen (Hausmann, 2003; Lueger-Schuster, 2003, 2004a; Teichmann & Franke, 2004).

Dabei sind die Überlappungs- und Differenzbereiche nicht grundsätzlich fest, sondern variieren mit dem Selbstverständnis der PSNV-Anbieter und der entsprechend vermittelten Ausbildung. Bei Kriseninterventionsangeboten mit christlich-weltanschaulichem Selbstverständnis (z.B. MHD, JUH) würden sich größere Überlappungsbereiche zur Seelsorge ergeben, bei Kriseninterventionsangeboten mit der Ausbildungsvoraussetzung einer abgeschlossenen psychosozialen Ausbildung mit der Notfallpsychologie.

Eine individualdiagnostische und therapeutische Tätigkeit wird nicht zu den psychosozialen Akuthilfen gezählt. Psychosoziale Akuthilfen fallen deshalb nicht unter die Ausübung von Heilkunde und damit unter die Bestimmungen des PsThG. Die Ausführung der Akuthilfen müsste daher auch nicht notwendigerweise unter der Leitung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten erfolgen – auch wenn diese Einschätzung seitens Ärzte- und Psychotherapeutenkammern nicht unwidersprochen ist.

Wird eine solche Leistung für notwendig erachtet, muss eine gesonderte Beauftragung ausgewiesener qualifizierter Personen erfolgen. Ein Screening von hilfebedürftigen Personen einschließlich der Prüfung mehr oder weniger ressourcenreicher Umgebungsbedingungen ist jedoch noch im Spektrum psychosozialer, *nicht* therapeutischer Beratung und Krisenintervention verankert (Müller, 1993; Kähler, 1993; Nestmann, Engel & Sickendiek, 2004; McLeod, 2004).

Qualifizierungsmaßnahmen für die psychosoziale Akuthilfe sollten jedoch – wie in den uns zur Kenntnis gelangten Curricula bereits fest verankert – dem Erkennen der Grenzen der Leistungsfähigkeit von psychosozialen Akuthilfen im Einzelfall und der Veranlassung geeigneter psychotherapeutischer und psychotraumatheapeutischer Interventionen als Mindeststandard in den Ausbildungen einen hohen Stellenwert einräumen.

Begriffliche Konkretisierung notfallpsychologischer, ärztlicher und psychologischer psychotraumatologischer Angebote in der Akutphase

Zur Präzisierung des Tätigwerdens von Notfallpsychologen in der Akutphase bis zu vier Wochen und zur Überwindung der Mehrdeutigkeit und berufsgruppenübergreifenden Verwendung des Notfallpsychologie- oder Psychotraumatologiebegriffes (s.o.) wird hier als Tätigkeit/Leistung die *Notfallpsychologische und Psychotraumatologische Akuthilfe* und als Anbieterbezeichnung die Bereichsbezeichnung *Notfallpsychologen in der Akuthilfe bzw. Psychotraumatologen in der Akuthilfe* vorgeschlagen. Wahlweise bietet sich der Begriff *Notfallpsychologische Akutintervention* an (Hausmann, 2003)³⁵.

Zugleich ist damit notfallpsychologische bzw. psychotraumatologische Intervention ausschließlich Handeln von Notfallpsychologen bzw. Psychotraumatologen³⁶.

Unterscheidung Psychosoziale Akuthilfen und Psychotherapie

Eine diagnostische und therapeutisch-heilkundliche Tätigkeit wird nicht zu den psychosozialen Akuthilfen gezählt. Dazu bedarf es einer gesonderten Beauftragung. Werden Notfallpsychologen und Psychotraumatologen vom Leiter PSNV beauftragt, psychotherapeutische und psychodiagnostische Leistungen zu erbringen, so fällt – im Umkehrschluss – die Tätigkeit nun nicht mehr unter die oben beschriebenen Akuthilfen. Wird sie in der Betreuungsstelle, bzw. der Koordinierungsstelle bzw. in deren Auftrag erbracht, so unterliegt sie der Leitung durch den Leiter PSNV bzw. der Koordinierung durch den Führungsassistenten PSNV³⁷.

Kann eine Person oder Anbietergruppe die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde nachweisen, ist im konkreten Einsatz die gegenwärtig ausgeübte Funktion kenntlich zu machen.

35 Es wird vorgeschlagen, die Begriffe Notfallpsychologie und notfallpsychologisch für die wissenschaftlichen Grundlagen sowie Notfallpsychologen für die wissenschaftlichen oder praktischen Vertreter einer Spezialisierungsrichtung innerhalb der klinischen Psychologie zu verwenden. Analog sollte Psychotraumatologie und psychotraumatologisch notfallpsychologisch für die wissenschaftlichen Grundlagen sowie Psychotraumatologen für die wissenschaftlichen oder innerhalb einer Spezialisierungsrichtung Psychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapie hinsichtlich Diagnostik, Erklärung und Intervention von Traumatisierungen nach Extremereignissen (vgl. DSM IV, APA, 1996; ICD 10, WHO, 1992) verwendet werden. Beide Gebiete weisen Überschneidungen auf, die innerhalb der wissenschaftlichen Fachdisziplinen Medizin und Psychologie geklärt werden müssten.

36 Überlegungen zur Einführung spezifischer Weiterbildungen zum „Notfallpsychotherapeuten“ werden gegenwärtig seitens der Bundespsychotherapeutenkammer angestellt.

37 Es ist ratsam, eine zeitliche Begrenzung der in Form von Psychotherapie geleisteten Krisenintervention (z.B. Balint, Ornstein & Balint, 1972) im Vorfeld in den Ländern bzw. Behörden festzulegen und Richtlinien zur qualifizierten Weiterverweisung auszusprechen, um „Klientengewinnung“ beim Anbieten von therapeutischen Hilfen in der PSNV auszuschließen. Vergleichbare Regelungen sind auch bei Rechtsbeiständen zu erwägen.

Schnittstellenprobleme und ungeklärte Aufgabenbereiche könnten damit ausgeräumt werden. Der Übergang in eine andere Handlungslogik (s. 3.3) ist damit auch strukturell erkennbar; die damit zusammenhängenden Kostenregelungen sind auch von der ehrenamtlich geleisteten Akuthilfe klar abgegrenzt, und im Fall der Psychotherapie bereits geregelt.

Gesondert ausgewiesene PSNV-Management- und Führungsfunktionen

Personen, die eine akkreditierte Qualifikation für (Führungs-)Aufgaben im PSNV-Management nachweisen können, können vom Stab bzw. von der Einsatzleitung mit Leitungs- und Koordinationsaufgaben in einer im Vorfeld vereinbarten PSNV-Struktur beauftragt werden. Diese Aufgabenbeschreibung gilt nur für die Dauer des jeweiligen Einsatzes und definierte Einsatzabschnitte.

Abbildung 33: PSNV-Angebote für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie für Einsatzkräfte und gefährdete Berufsgruppen nach Interventionsebene und Zeitstruktur

| Interventionsebenen in der Zeitstruktur | Angebote für Opfer, Angehörige u. Hinterbliebene | Angebote für Einsatzkräfte, und gefährdete Berufsgruppen |
|---|---|---|
| Primärprävention | | Einsatzvorbereitung Qualifizierung Stressimmunisierung Stressmanagement |
| Krisenintervention als kurzfristige und mittelfristige Sekundärprävention | Psychosoziale Akuthilfen/ Notfallbegleitung/ Psychische Erste Hilfe Krisenintervention, Notfallseelsorge Notfallpsychologische Akuthilfe Psychotraumatologische Akuthilfe | Einsatzbegleitung und -nachsorge Einsatznachsorge, CISM Seelsorge in FW, Pol. und RD |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Sekundärprävention | Notfallnachsorge Ambulante psychosoziale Beratung Krisenintervention (Lebenskrise) Selbsthilfegruppen | Einsatznachsorge Psychosozialer Dienst Seelsorge in FW, Pol. und RD Ambulante psychosoziale Beratung |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Tertiärprävention | Psychotherapie Rehabilitation Psychosoziale Beratung | Psychotherapie Rehabilitation Psychosoziale Beratung |

Leitungsfunktionen sind Positionen mit definierter Weisungsbefugnis in der Führungsstruktur (Einsatzleitung, Leitung Einsatz(unter)abschnitt).

Koordinationsfunktionen sind definierte Positionen des Managements ohne Entscheidungsbefugnis in der Führungsstruktur, aber mit der Berechtigung, angewiesene Maßnahmen zu veranlassen und zu koordinieren.

Abbildung 33 gibt einen Überblick über die PSNV-Angebote gegliedert nach Zeit und Zielgruppe; Abbildung 34 differenziert innerhalb der PSNV-Angebote die jeweiligen Anbieter(gruppen) als PSNV-Anbieter.

Abbildung 34: PSNV-Angebote für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene sowie für Einsatzkräfte und gefährdete Berufsgruppen nach Interventionsebene und Zeitstruktur

| Interventionsebenen in der Zeitstruktur | Anbieter von Hilfen für Opfer, Angehörige u. Hinterbliebene | Anbieter von Hilfen für Einsatzkräfte |
|--|--|--|
| Primärprävention | | Einsatzvorbereitung Führungskräfte Psychoziale Fachkraft Seelsorger in FW, Pol. und RD, Peers |
| Krisenintervention als kurzfristige und als mittelfristige Sekundärprävention | Psychosoziale Akuthilfen/ Notfallbegleitung (Rettungskräfte) Kriseninterventions-/ Notfallseelsorgeteam Notfallpsychologen in der Akuthilfe Psychotraumatologen in der Akuthilfe | Einsatzbegleitung und -nachsorge E(K)N-Team, Seelsorge in FW, Pol. und RD, psychoziale Fachkräfte, Peers, Mediatoren |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Sekundärprävention | Notfallnachsorge Krisen(interventions)dienst ambulante psychosoziale Berater, Beratungsstellen, MHP Selbsthilfegruppen | Einsatznachsorge Psychosozialer Dienst, MHP, Psychoziale Fachkräfte (intern oder beauftragt) Seelsorger in FW, Pol. und RD, Peers, Mediatoren |
| Langfristige Psychosoziale Nachsorge als Tertiärprävention | Psychotherapie u. Rehabilitation Ärztliche und Psychologische Psycho(trauma)therapeuten sowie Diplom-Psychologen, MHP und Psychosoziale Berater | Psychotherapie u. Rehabilitation Ärztliche und Psychologische Psycho(trauma)therapeuten sowie Diplom-Psychologen, MHP und Psychosoziale Berater |

8.4.3 Glossar

Die folgenden nach Zeit und Zielgruppen differenzierten PSNV-Angebote und PSNV-Anbieterdefinitionen setzen zur Beauftragung in jedem Fall voraus, dass eine entsprechende Qualifikation in einem **akkreditierten Curriculum** durch **Ausweis** nachgewiesen wird und die Person in der Landes- oder bundesweiten PSNV-Datenbank geführt wird (s. 9.).

Das Glossar dient zunächst der Präzisierung von Aufgaben, Zielgruppen, PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern. Es beschreibt nur ansatzweise Mindeststandards, da Konkretisierungen und Differenzierungen erst in den Akkreditierungsverfahren vereinbart werden. Diesem Prozess soll hier nicht vorgegriffen werden.

| Differenzierung der seelsorgerlichen Hilfen ³⁸ | |
|---|---|
| Seelsorger | Eine Seelsorgequalifikation qualifiziert noch nicht für die Notfallseelsorge. |
| Seelsorger vom Dienst | Ein Seelsorger vom Dienst verfügt i.d.R. über keine Feldkompetenz im ZKS, er ist daher i.d.R. nur außerhalb der Einsatzstruktur tätig. Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind i.d.R. innerhäusliche Seelsorge bei Individualereignissen (z.B. Trauerbegleitung). |
| Beauftragter für Notfallseelsorge | Beauftragte für Notfallseelsorge sind von den Kirchen für die Wahrnehmung von Aufgaben der Notfallseelsorge benannt. Sie werden nur direkt im Akutereignis tätig, wenn sie Feldkompetenz und eine anerkannte Qualifizierung in Notfallseelsorge nachweisen können. Eine alleinige administrative Zuständigkeit reicht nicht aus für das praktische Tätigsein unter Einsatzbedingungen. |
| Notfallseelsorge | Notfallseelsorge ist ein Angebot der kurzfristigen und mittelfristigen Krisenintervention (bis ca. 4 Wochen nach einem Schadensereignis) für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen, das neben den allgemeinen Merkmalen der psychosozialen Akuthilfe insbesondere christlich-religiöse Formen des Beistandes in Notfallsituationen gewährt, wo dies von den Betroffenen thematisiert bzw. gewünscht wird. Zur Notfallseelsorge qualifiziert eine entsprechend anerkannte Notfallseelsorge-Ausbildung. |

38 in weitgehender Anlehnung an v. Wietersheim, 2002.

39 vgl. auch Helmerichs, 2002.

Seelsorge in
Feuerwehr und
Rettungsdienst,
Polizeiseelsorge,
Militärseelsorge

Seelsorge ist nur dann Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, Polizeiseelsorge oder Militärseelsorge, wenn die Seelsorger Angehörige der Behörden und Organisationen sind oder zu diesen in einem Beauftragungsverhältnis stehen, das mit ihren Kirchen vertraglich geregelt ist. Aufgabe ist die kurz-, mittelfristige und langfristige seelsorgerliche, nicht notwendig an Extremereignisse geknüpfte Begleitung und Unterstützung der Einsatzkräfte.

Fachberater³⁹
Notfallseelsorge

Fachberater Notfallseelsorge sind von den regional ansässigen Einsatzorganisationen oder der unteren Katastrophenschutzbehörde beauftragt, in besonderen Einsatzsituationen (Indikationen für Notfallseelsorge und Einsatznachsorge gegeben) Notfallseelsorge, Einsatzbegleitung und -nachsorge vorzuhalten sowie Einsatznachsorge und Notfallseelsorge zu koordinieren.

Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt den Fachberater Notfallseelsorge nur eine akkreditierte Qualifikation zum → *Fachberater PSNV*.

Für die Übernahme von Leitungsfunktionen befähigt den Fachberater Notfallseelsorge nur eine akkreditierte Qualifikation zum → *Leiter PSNV*.

Für den konkreten Einsatz muss festgelegt werden, in welchem Einsatzabschnitt er tätig ist, bzw. ob er Koordinationsaufgaben wahrnimmt.

Notfallseelsorger
als Fachberater
PSNV

Es gilt die Beschreibung des → *Fachberaters PSNV*.

Notfallseelsorger
als Leiter PSNV

Es gilt die Beschreibung des → *Leiters PSNV*.

Leitender
Notfallseelsorger

Leitende Notfallseelsorger haben eine entsprechend anerkannte interne PSNV-Management-Ausbildung durchlaufen und koordinieren – wenn keine weitere Beauftragung zur Wahrnehmung von Koordinations- und Leitungsaufgaben in der konkreten Lage erfolgt – ausschließlich die Arbeit der Notfall-Seelsorger in Absprache mit dem → *Leiter PSNV*.

Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt den Leitenden Notfallseelsorger nur akkreditierte Qualifikation zum → *Fachberater PSNV*.

Analoges gilt das für die Wahrnehmung der Aufgabe als → *Leiter PSNV*.

„Psychische Erste Hilfe“⁴⁰

als psychosoziale Basiskompetenz in der präklinischen Notfallmedizin

Psychische Erste Hilfe

Psychische Erste Hilfe ist eine psychosoziale Basiskompetenz des ärztlichen und nichtärztlichen rettungsdienstlichen Personals, der involvierten, zuerst Eintreffenden helfenden Bürger sowie beteiligter psychosozialer Berufsgruppen in der präklinischen Notfallmedizin.

Sie kann als regelgeleiteter, reflektierter, grundsätzlich humaner, stützender und stabilisierender Umgang mit dem Notfallpatienten und den Beteiligten beschrieben werden.

Psychische Erste Hilfe ist als Basiskompetenz in der Ausbildung der beruflichen und ehrenamtlichen Rettungskräfte zu vermitteln.

Die Vermittlung der Basiskompetenz ist insofern zu den primärpräventiven Strategien zu zählen, da sie zur Bewältigung auch menschlich hoch belastender Patient-Helfer-Interaktionen befähigt, das Gefühl der beruflichen Wirksamkeit steigern hilft und so zu geringerem Überforderungserleben sowie zur Berufszufriedenheit beitragen kann.

Sie kann u.E. in einer Struktur der PSNV nicht als gesondertes „PSNV-Angebot“, sondern eher als Basiskompetenz betrachtet werden.

Differenzierung der Angebote der Krisenintervention

Kriseninterventions-team (KIT)⁴¹

Ein KIT ist eine PSNV-Anbietergruppe der kurzfristigen und mittelfristigen Krisenintervention für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen. Ein KIT bietet psychosoziale Akuthilfe und erfüllt alle Qualitätsmerkmale und damit zusammenhängenden Aufgaben in der psychosozialen Akuthilfe/Notfallbegleitung für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene.

In Abhängigkeit von der Organisationszugehörigkeit werden mehr oder weniger Bezüge zu christlichen Weltanschauungen und christlich geprägten Elementen des Bestandes im Handeln bei übereinstimmender Kernkompetenz realisiert.

KIT im Rettungsdienst

Ein KIT im Rettungsdienst ist ein KIT mit nachgewiesener rettungsdienstlicher Qualifikation der Mitglieder (mindestens Rettungssanitäter).

40 Begriff und inhaltliche Beschreibung nach Lasogga & Gasch (2002b)

41 Die gebräuchliche Abkürzung KIT lässt bedauerlicherweise keinen Unterschied zwischen vorhandener oder nicht vorhandener rettungsdienstlicher Qualifikation erkennen.

KIT in der langfristigen Nachsorge

Ein KIT, das auch langfristige Nachsorge anbietet, macht entsprechende Angebote als langfristige Nachsorge im Sinne der Krisendienste gesondert kenntlich.

Voraussetzung für die Tätigkeit ist immer ein präklinisches Notfallereignis. Psychiatrische Notfälle sind als Indikationen ausgeschlossen, es sei denn, sie sind mit einem präklinischen Notfall verbunden (z.B. Suizidhandlung eines Opfers oder Überbringung einer Todesnachricht an die Angehörigen).

Mitglied eines KIT als Fachberater PSNV

Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt den einer BOS angehörenden Mitarbeiter eines KIT nur eine akkreditierte Qualifikation zum → *Fachberater PSNV*.

Mitglied eines KIT als Leiter PSNV

Es gilt die Beschreibung des → *Leiters PSNV*.

Krisendienst

Kriseninterventionsangebote aus der psychosozialen Praxis tragen im Kontext der PSNV die Bezeichnung Krisendienst.

Sie richten sich an Menschen in Lebenskrisen bzw. Menschen in psychiatrischen Notfallsituationen (z.B. Suizidandrohung).

Sie arbeiten eng mit dem sozialpsychiatrischen Dienst der Kommunalverwaltung sowie den ambulanten und stationären Institutionen im (sozial-)psychiatrischen Bereich zusammen.

In der PSNV bieten sie i.d.R. Übergangshilfen zwischen PSNV und Regelversorgung in Absprache mit PSNV-Anbietern (und ggf. den Ansprechpartner-PSNV in den BOS nach vorheriger Vereinbarung).

Sie sind in der PSNV als langfristige Nachsorge mit sekundärpräventivem Charakter zu betrachten.

Mitarbeiter der Krisendienste werden in der Akutphase nur tätig, wenn sie eine akkreditierte PSNV-qualifizierende Ausbildung erworben haben. Ihre primäre Zielgruppe sind Opfer, Angehörige und Hinterbliebene.

Differenzierung der Notfallpsychologischen, Notärztlichen sowie Ärztlichen und Psychologischen Psychotraumatologischen Angebote

| | |
|--|--|
| Notfallpsychologische/ärztliche und psychologische Psychotraumatologische Akuthilfe | <p>Notfallpsychologische bzw. psychologische bzw. ärztliche Psychotraumatologische Akuthilfe ist ein Angebot der kurzfristigen und mittelfristigen Krisenintervention für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen.</p> <p>Notfallpsychologen und Ärzte in der notfallpsychologischen und psychotraumatologischen Akuthilfe erfüllen alle PSNV-Qualifikationsmerkmale und erbringen die damit zusammenhängenden Aufgaben in der Notfallbegleitung sowie der psychosozialen Akuthilfe für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene ergänzend zur beruflichen (und evtl. therapeutischen) Qualifikation.</p> <p>Notfallpsychologische Akuthilfe ist unter Bedingungen des Notfallgeschehens kurzfristige Krisenintervention und <u>keine</u> Ausübung von Diagnostik und Psychotherapie⁴².</p> |
| Notfallpsychologische/Psychotraumatologische Einsatznachsorge | <p>Zur Durchführung von Einsatznachsorge befähigt neben der notfallpsychologischen, ärztlichen und psychologischen psychotraumatologischen Qualifikation nur eine ergänzende Einsatznachsorgequalifikation.</p> <p>Die Beauftragung erfolgt durch die Führungskräfte oder den → <i>Leiter PSNV</i>.</p> <p>Sie agieren dann in der Funktion der → <i>psychosozialen Fachkräfte</i>.</p> |
| Notfallpsychologische, ärztliche und psychologische Psychotraumatologische Diagnostik und Psychotherapie | <p>Durchführung von Diagnostik und psychotherapeutischer Frühintervention im Einsatzabschnitt PSNV in der Akutphase (bis Einsatzende, im Kontext von Betreuungsstellen PSNV) bedürfen der Qualifikation zur ärztlichen oder psychologischen Psychotherapie und der gesonderten Beauftragung durch den → <i>Leiter PSNV</i>.</p> |
| Leitender Notfallpsychologe ⁴³ | <p>Leitende Notfallpsychologen haben eine interne PSNV-Management-Qualifikation durchlaufen und koordinieren – wenn keine andere Qualifizierung nachweisbar ist und</p> |

42 Die Diskussion um mögliche Aufgaben im Rahmen einer psychologischen Triage (BVA, Zentrale für Zivilschutz, 2002) ist noch nicht abgeschlossen. Während einerseits darin ein wichtiger Beitrag von Psychologen gesehen wird, der andere Akuthilfen sinnvoll und in sehr spezifischer Weise ergänzt, (z.B. Wilk, 2001a,b; Hausmann, 2003), wird von Vertretern von Einsatzorganisationen eher angezweifelt, ob die Bedingungen des Einsatzes, insbesondere in Großschadenslagen adäquate Rahmenbedingungen für diagnostische Gespräche und Screenings bereitstellen können (Protokoll des Länderübergreifenden Arbeitskreises, 23.6.2006). Weitere Entwicklungen im Bereich der „Notfallpsychotherapie“ sind abzuwarten und ggf. hier entsprechend zu ergänzen.

43 Eine entsprechende Ausbildung und berufsgruppeninterne Bereichsbezeichnung befindet sich in Vorbereitung. Von einer analogen Planung innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten ist den Autoren nichts bekannt.

| | |
|---|---|
| | <p>keine Beauftragung zur Wahrnehmung von Managementaufgaben in der PSNV erfolgt – ausschließlich die Arbeit der Notfallpsychologen in Absprache mit dem Leiter PSNV für die Zielgruppe der Opfer, Angehörigen und Hinterbliebenen.</p> <p>Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt den Leitenden Notfallpsychologen nur akkreditier- te Qualifikation zum → <i>Fachberater PSNV</i>.</p> <p>Zur Leitungsfunktion und Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabsebene der Großschadens- bzw. Katastrophenlage befähigt nur eine akkreditierte Ausbil- dung zum → <i>Leiter PSNV</i>.</p> |
| Leitende Notfall- psychologen als Leiter PSNV | Es gilt die Beschreibung des → <i>Leiters PSNV</i> . |
| Leitender Notarzt (LNA) | <p>Leitende Notärzte haben eine entsprechende Qualifikation durchlaufen und nehmen – wenn keine andere Qualifizie- rung nachweisbar ist und keine Beauftragung zur Wahr- nehmung von Führungs- und Managementaufgaben in der PSNV erfolgt – ausschließlich die Aufgaben des Leitenden Notarztes wahr.</p> <p>Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt den Leitenden Notarzt nur eine akkreditierte Qua- lifikation zum → <i>Fachberater PSNV</i>.</p> <p>Zur Leitungsfunktion und Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabsebene der Großschadens- bzw. Katastrophenlage befähigt den Leitenden Notarzt nur eine akkreditierte Qualifikation zum → <i>Leiter PSNV</i>.</p> |
| Leitender Notarzt als Leiter PSNV | Es gilt die Beschreibung des → <i>Leiters PSNV</i> . |
| Psychologische Nachsorge | Notfallpsychologische Intervention als langfristige berateri- sche oder therapeutische Nachsorge geht im Begriff der psychologischen Beratung bzw. Psychotherapie auf oder – bei entsprechend nachgewiesener Spezialisierung in der Psychotherapie-Ausbildung – im Begriff der Psychologi- schen Psychotherapie, i.e.S. Psychotraumathepie auf. |

Kurz- und mittelfristige Einsatznachsorge ist methodisch-reflektiertes, qualifiziertes, berufs- bzw. tätigkeitsnahes und einsatzerfahrenes psychologisches und psychosoziales und seelsorgerliches, nicht therapeutisches Handeln für Einsatzkräfte in Einsatzstrukturen.

Alle Angebote beziehen sich auf gemeinsame notfall- und krisenpsychologische sowie psychotraumatologische Grundlagen der Verarbeitung von Extremereignissen durch erlebende Subjekte.

Alle Angebote folgen einem übergeordneten Handlungsmodell der Krisenintervention im Notfall und erfüllen gemeinsame Mindeststandards der Umsetzung.

Die daran beteiligten PSNV-Anbietergruppen weisen spezifische Haltungen, wissenschaftliche Grundlagen sowie methodische Wurzeln ihres Handelns sowie spezifische Handlungskompetenzen auf, die ihr Handeln in der Akutphase *ergänzend* differenzieren.

Gemeinsam ist den Angeboten die Kenntnis der Einsatz- und Arbeitsabläufe und der spezifischen Bedarfe der Einsatzkräfte, insbesondere, wenn sie derselben Einsatzorganisation entstammen.

Langfristige Einsatznachsorge im Sinne der **Sekundärprävention** umfasst ein breites Spektrum psychosozialer Beratung und Unterstützung.

Langfristige Einsatznachsorge im Sinne der **Tertiärprävention** umfasst ärztliche und psychologische Psychotherapie und ergänzend psychosoziale, medizinische und rehabilitative Maßnahmen.

Differenzierung der Einsatznachsorgeangebote und Psychosozialen Versorgungsangebote für Einsatzkräfte

Seelsorge in
Feuerwehr und
Rettungsdienst,
Polizeiseelsorge
Militärseelsorge

siehe unter Differenzierung der *seelsorgerlichen Hilfen*

Einsatz(kräfte)-
nachsorgeteam
E(K)NT

E(K)NTs leisten (neben primärpräventiven Einsatzvorbereitungen) mit entsprechend anerkannter Ausbildung (i.d.R. nach SbE/CISM-Standard) kurz-, mittel- und langfristig nachsorgende, nicht-therapeutische Hilfen für Einsatzkräfte als Sekundärprävention.

Mitglieder eines E(K)NT-Teams sind (erfahrene) Einsatzkräfte und psychosoziale Fachkräfte.

Wenn regional oder überbehördlich nicht anders geregelt, bieten sie PSNV für Angehörige der eigenen Organisation an (als Expertengruppe 1). Im Bedarfsfall leisten Sie auch

| | |
|-------------------------|--|
| Peer | <p>regionale oder überregionale, innerbehördliche oder überbehördliche Amtshilfe (Expertengruppe 2 und 3 nach vorher vereinbarter Regelung).</p> <p>Peers sind besonders geschulte, psychosozial basisqualifizierte Einsatzkräfte und leisten in definierten Aufgabenfeldern (Einzelgespräche) psychosoziale Kollegenhilfe bzw. Kameradenhilfe, insbesondere in der eigenen Einsatzorganisation (als Expertengruppe 1). Sie können weitergehend qualifizierte E(K)NT-Mitglieder in definierten Interventionsprogrammen (Kurzbesprechung, Einsatzabschluss und Nachbesprechung belastender Einsätze) begleiten, unterstützen und damit auch in der Amtshilfe tätig werden (Expertengruppe 2 und 3 nach vorher vereinbarter Regelung).</p> <p>Peers leisten informelle soziale und (bei entsprechend akkreditierter Qualifikation) methodisch strukturierte „psychosoziale Unterstützung = Einsatzbegleitung/-nach-sorge“, um psychisch belastete Einsatzkräfte in ihrer Stressbearbeitung, insbesondere nach besonders belastenden Einsätzen zu unterstützen.</p> |
| Mediatoren | <p>Mediatoren sind anerkannt psychosozial basisqualifizierte Einsatzkräfte und leisten in definierten Aufgabenfeldern (Einzelgespräche) eigenständige psychosoziale Kollegen- bzw. Kameradenhilfe, insbesondere in der eigenen Einsatzorganisation. Diese können über belastende Einsatzsituationen hinaus auch andere berufsbezogene oder private Sorgen betreffen.</p> <p>Sie können weitergehend qualifizierte E(K)NT-Mitglieder in definierten Interventionsprogrammen (Kurzbesprechung, Einsatzabschluss und Nachbesprechung belastender Einsätze) begleiten und unterstützen. Darüber hinaus tragen sie im Einsatzalltag zur Aufrechterhaltung und Pflege der Einsatzfähigkeit bei und stützen Maßnahmen zur Erhaltung eines gesundheitsförderlichen Einsatzalltages.</p> |
| Psychosoziale Fachkraft | <p>Psychosoziale Fachkräfte verfügen i.d.R. über eine wissenschaftliche Ausbildung im ärztlichen, psychologischen, psychosozialen und seelsorgerlichen Bereich. Sie weisen zusätzlich eine akkreditierte PSNV-Qualifikation nach. In der Einsatznachsorge nehmen sie mit entsprechender Qualifikation (i.d.R. nach SbE/CISM-Standard) die Funktion des Debriefing-Leiters wahr.</p> <p>Sie unterstützen psychisch belastete Einsatzkräfte in ihrer Stressbearbeitung insbesondere nach besonders belastenden Ereignissen. Sie sind an der Schulung von Einsatzkräften in Bezug auf psychosoziale Fragestellungen beteiligt</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>und fördern das Wissen um psychotraumatologische Zusammenhänge bei Führungskräften der Einsatzdienste.</p> <p><i>Aufgrund der nicht fest an Berufsabschlüsse gebundenen Tätigkeitsbezeichnung erfüllt gegenwärtig nicht jede im Rahmen von CISM/SbE-Konzepten qualifizierte psychosoziale Fachkraft diese berufsbezogenen Eingangskriterien. In Zukunft sollte es eine einheitliche Handhabung geben.</i></p> |
| <p>Psychosoziale Fachkraft (Ausnahmen)</p> | <p>Fachkräfte mit pädagogischer Ausbildung müssen entweder eine vollständige akkreditierte PSNV-Einsatznachsorge-Qualifikation (i.d.R. CISM/SbE-Standard) bzw. eine akkreditierte Qualifizierung für Psychosoziale Akuthilfen/Notfallbegleitung nachweisen oder eine an psychosoziale Qualifikationsnachweise (Fort- und Weiterbildungen) gebundene Funktion im psychosozialen Dienst innerhalb einer BOS innehaben, um die Bezeichnung psychosoziale Fachkraft führen zu können.</p> |
| | <p>Sind die regulären Voraussetzungen nicht erfüllt, bedarf es behördeninterner Berechtigungen und der Einzelfallprüfung zur Personenakkreditierung.</p> |
| <p>Psychosoziale Fachkraft als Fachberater PSNV</p> | <p>Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadens- bzw. Katastrophenlage befähigt die psychosoziale Fachkraft nur die Qualifikation zum → <i>Fachberater PSNV</i>.</p> |
| <p>Psychosoziale Fachkraft als Leiter PSNV</p> | <p>Zur Leitungsfunktion und Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabsebene der Großschadens- bzw. Katastrophenlage befähigt nur eine akkreditierte Ausbildung zum → <i>Leiter PSNV</i>.</p> |
| <p>Psychosoziale Dienste</p> | <p>Psychosoziale Dienste sind psychosoziale Beratungseinrichtungen innerhalb der BOS zur psychosozialen Beratung der Mitarbeiter sowie zur Vermittlung in externe Hilfsangebote.</p> |
| <p>Notfallpsychologische Einsatznachsorge⁴⁴</p> | <p>Notfallpsychologische Einsatznachsorge wird i.d.R. von BOS-internen oder externen, gesondert beauftragten Psychologen mit notfallpsychologischer Qualifikation geleistet.</p> <p>Sie agieren damit in der Funktion der → <i>Psychosozialen Fachkräfte</i>.</p> <p>Sie zählen im engeren Verständnis zur Gruppe der → <i>Mental Health Professionals (MHP)</i>.</p> |

44 Diese Funktionsbezeichnung erscheint nicht unbedingt zur Differenzierung innerhalb der PSNV-Anbieter erforderlich; dies hängt jedoch von weiteren Klärungen der Psychologie-internen Bereichsbezeichnung ab sowie von Routinen der Beauftragung durch die BOS oder innerhalb der Bundesländer.

Vertragsärzte,
-psychologen,
-beratungsstellen

Ist kein Psychologe oder Arzt oder ärztlicher bzw. psychologischer Psychotherapeut innerhalb einer Behörde verfügbar, wird bei Bedarf an Psychotherapie oder bei speziellen Problemlagen an Vertragsärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Vertragspsychologen, Vertragsberatungsstellen weiter verwiesen, die in der BOS-internen oder bundesweiten PSNV-Datenbank geführt werden.

Die politisch Verantwortlichen sowie die unterstellten Behörden und Organisationen können als Voraussetzung der Beauftragung der Personen und Einrichtungen akkreditierte Weiterbildungen in Grundlagen des ZKS bzw. zu Fragen psychischer Belastungen im Einsatzwesen verlangen.

PSNV-Ansprechpartner
in den BOS

Behörden- und organisationsinterne Ansprechpartner-PSNV sind Angehörige der BOS, die intern mit der Sicherstellung und Qualifizierung der PSNV-Angebote beauftragt sind und nach außen im Ländernetzwerk ihre BOS vertreten.

In der Großschadens- bzw. Katastrophenlage sind sie Ansprechpartner für den Leiter PSNV bzw. den Führungsassistenten PSNV im Einsatzabschnitt Einsatzkräfte mit dem Ziel der (Nach-)Alarmierung BOS-interner PSNV-Ressourcen.

Mental Health Professionals⁴⁵
(MHP)

Mental Health Professionals *im engeren Sinne* sind Berufsgruppen mit abgeschlossenem Studium der Medizin und Psychologie, die vertiefte wissenschaftliche Kenntnisse im Bereich psychischer Gesundheit, Störung und Krankheit aufweisen (Diplom-Psychologen mit Schwerpunkten im Bereich Arbeit und Organisation oder Verkehr fallen nicht unter diese Bezeichnung).

Mental Health Professionals *im weiteren Sinne* sind:

- Seelsorger, Pädagogen, Sozialarbeiter mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung (amerikanischer, skandinavischer, israelischer Standard)

oder

Aus-/Weiterbildung mit klinisch-psychologischem, psychotherapeutischem bzw. psychiatrischem Schwerpunkt (Weiterbildung in klinischer Pastoralpsychologie, Master Klinische Sozialarbeit/Social Work);

45 Der Begriff Mental Health Professional ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht gebräuchlich und wird teilweise synonym mit der psychosozialen Fachkraft verwendet. Innerhalb Europas oder bei der Zusammenarbeit mit auswärtigen Kräften bei internationalen Ereignissen oder im Falle im Ausland geschädigter Deutschen Bundesbürgern kann er jedoch in der internationalen Zusammenarbeit (z.B. WM 2006) eine Rolle spielen und wird daher hier mit berücksichtigt.

- Als Kriterium sind vertiefte Kenntnisse in breiten oder ausgewählten (z.B. Arbeit, Sucht) Bereichen psychischer Störung und Gesundheit nachzuweisen;
- Ein psychotraumatologischer Schwerpunkt ist dabei nicht zwingend erforderlich, eine Qualifizierung für Seelsorge, Beratung oder Supervision ist wiederum nicht ausreichend;
- *Ohne* Nachweis einer Befähigung zur PSNV-Qualifikation zur Einsatzbegleitung und -nachsorge werden sie nur in Fachfragen psychosozialer und seelsorgerlicher Interventionen *beratend* tätig;
- Ihr Handeln im Ausbildungs-, Therapie- bzw. Akuthilfebereich ist durch die dort geltenden Regelungen festgeschrieben.

8.5 Aufgaben und (Führungs)Funktionen PSNV-Management

Ausgehend von den Ergebnissen der Interviews mit Koordinierungsexperten (s. 6.), mit Schlüsselpersonen von Vernetzung (s. 10.) sowie vor dem Hintergrund der strukturellen Überlegungen (s. 7.) sind Funktionen der Leitung und Koordination zu definieren, die in den Empfehlungen zur strukturellen Einbindung und Koordinierung in der Großschadenslage bereits benannt wurden. Dabei ist die Verzahnung mit den Einsatzstrukturen im Zivil- und Katastrophenschutz ebenso zu bewerkstelligen wie mit den BOS, den PSNV-Strukturen im Vorfeld sowie mit der psychosozialen Regelversorgung.

PSNV- Führungs- und Managementfunktionen

Landesbeauftragter PSNV

Person oder organisatorische Einheit, die alle PSNV-Anbieter und PSNV-Angebote im Vorfeld auf der Ebene des Bundeslandes koordiniert.

- Er fungiert als oder leitet die „Landes-Zentralstelle PSNV“.
- Er akkreditiert Personen oder Organisationen und Teams auf Landesebene nach Prüfung des Vorliegens der bereichsspezifischen Qualifikation.
- Er führt akkreditierte PSNV-Anbieter in den Alarmierungslisten auf Landesebene; Meldung an die unteren Katastrophenschutzbehörden.
- Er aktualisiert die Alarmierungslisten und meldet sie den unteren Katastrophenschutzbehörden.
- Er meldet akkreditierte PSNV-Anbieter auf Landesebene an die bundesweite PSNV-Datenbank.

| | |
|-------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Er erhält einen Nutzerzugang zur bundesweiten PSNV-Datenbank. • Er organisiert Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Absprache mit den BOS auch für Anbieter aus der psychosozialen und therapeutischen Regelversorgung sowie Seelsorger. • Er unterstützt in der Großschadens- bzw. Katastrophensituation die Fachberater PSNV sowie die Leiter PSNV. <p>Die Länderspitzen der Innenministerien vereinbaren die notwendigen strukturellen Anbindungen (auch in Absprache mit den Herkunftsinstitutionen).</p> |
| <p>Fachberater PSNV</p> | <p>Mitglied einer Einsatzorganisation oder Beauftragter einer Katastrophenschutzbehörde mit Qualifikationen in der PSNV (Krisenintervention, Notfallseelsorge, Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, Einsatznachsorge, Psychosoziale Fachkraft, MHP i.w.S.).</p> <p>Zur Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene in der Großschadenslage bzw. im Katastrophenfall befähigt nur eine akkreditierte Qualifikation zum Fachberater PSNV.</p> <p>Aufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Fachberater PSNV ist ein Teil der Einsatzleitung. 2. Er berät in Fragen der Bedarfsermittlung PSNV sowie der Einsetzung eines Leiters PSNV und des Aufbaus eines PSNV-Einsatzabschnittes und einer Betreuungsstelle PSNV. 3. Er trägt für die Berücksichtigung aller notwendigen PSNV-Schritte im Stab Sorge und berät die Einsatzleitung in allen psychosozialen Fragestellungen. 4. Er koordiniert gemeinsam mit dem entsprechenden Sachgebiet (länderspezifische Regelungen!) alle PSNV-Maßnahmen auf der Ebene des Stabes. 5. Er greift auf Informationen und Ressourcen des Landesbeauftragten PSNV zurück, insbesondere auch in Hinblick auf die Einleitung von Maßnahmen der langfristigen Nachsorge. |
| <p>Leiter PSNV</p> | <p>Mitglied oder Beauftragter einer Einsatzorganisation und psychosoziale Fachkraft oder feldkompetenter <i>Mental Health Professional</i> im weiteren Sinne mit akkreditierter PSNV-Qualifikation und</p> <p>mit einer zur Leitungsfunktion und Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabs-ebene der Großschadenslage</p> |

bzw. im Katastrophenfall befähigenden akkreditierten Qualifikation zum *Leiter PSNV*.

- Er leitet den Einsatzabschnitt PSNV und die dazugehörigen Unterabschnitte für Opfer/Angehörige und Einsatzkräfte in allen fachlichen Fragestellungen.
- Die Unterabschnitte sollten in einer Betreuungsstelle (bei großflächigen Lagen in mehreren Betreuungsstellen in der Nähe der Schadensorte) zusammengeführt sein; sie können aber auch zielgruppen-getrennte Betreuungsstellen bilden.
- Er koordiniert auch den Kräfte-Mittel-Einsatz zwischen den Betreuungsstellen, insbesondere in Lagen mit mehreren auseinander liegenden Schadensorten.
- Seine Weisungsbefugnis erstreckt sich über alle eingesetzten PSNV-Kräfte.

Seine strategischen Aufgaben sind im Einzelnen:

- Er trägt (analog zum LNA) die Gesamtverantwortung für alle PSNV-Maßnahmen sowie alle beauftragten PSNV-Anbieter in der Akutphase (bis Einsatzende) und koordiniert die Akteure von der Ermittlung des PSNV-Bedarfs bis zur Überleitung in die mittelfristige Nachsorge.
- Er richtet eine vorab länderspezifisch geregelte, nach bundeseinheitlichen Mindeststandards gestaltete Struktur ein, in der die alarmierten, eintreffenden und beauftragten Leistungen von durch Ausweis nachgewiesenen qualifizierten PSNV-Anbietern erbracht werden können (Betreuungsstelle PSNV).
- Er greift auf Informationen und Ressourcen des Landesbeauftragten PSNV zurück, insbesondere auch in Hinblick auf die Einleitung von Maßnahmen der langfristigen Nachsorge.
- Im *Mehrbedarfsfall an PSNV-Maßnahmen und PSNV-Anbietern* ruft er über den Stab bzw. das zuständige Länderinnenressort überregionale PSNV-Anbieter ab, sofern diese nicht bereits überregional-organisationsintern alarmiert wurden und als PSNV-Anbieter angemeldet sind.
- Die Alarmierung externer, überregionaler PSNV-Anbieter erfolgt über die Einsatzleitung:
 - a) nach Rücksprache mit dem Landesbeauftragten PSNV
 - b) im Rückgriff auf die bundesweite PSNV-Datenbank
 - c) nach den im Vorfeld vereinbarten Algorithmen (anzustreben ist hier eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den Ländern)

Führungs-
assistent PSNV

- Im *Bedarfsfall an ergänzender koordinierender* Kompetenz ruft er über den Stab bzw. das zuständige Länderinnenressort Kräfte der Bundes-Task-Force PSNV ab.
- Die taktische Umsetzung entspricht den Mindeststandards der Qualifizierung zum Leiter PSNV.

Einsatzkraft einer Einsatzorganisation mit akkreditierter PSNV-Qualifikationen oder Psychosoziale Fachkraft oder *MHP* im weiteren Sinne **und**

einer zur Koordination und Mitwirkung im Rahmen einer Einsatzleitung auf Stabsebene der Großschadens- bzw. im Katastrophenlage befähigenden akkreditierten Qualifikation zum *Führungsassistenten PSNV*.

Er wird als Abschnittsführer für die Unterabschnitte Opfer/Angehörige oder Einsatzkräfte bzw. in einer integrierten Betreuungsstelle PSNV für beide Zielgruppen eingesetzt.

Er untersteht dem Leiter PSNV.

- Die Aufgabenstellung und Funktion des Führungsassistenten PSNV ist mit dem organisatorischen Leiter Rettungsdienst zu vergleichen.
- Er koordiniert die eingesetzten PSNV-Anbieter und PSNV-Maßnahmen und ist für alle organisatorischen Aufgaben zuständig.

Er hält einen engen Kontakt zur Einsatzleitung (s. 6.2.1.3).

Bundes-Task-
Force PSNV

Definierte Experten-Gruppe für die Koordination von PSNV in der Großschadens- bzw. Katastrophenlage auf Bundesebene.

- Sie ist im Auftrag einer Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Innern tätig.
- Die Mitglieder sind in die Bundes-Task-Force PSNV berufen.
- Die Mitglieder sind in der bundesweiten PSNV-Datenbank gesondert ausgewiesen.
- Ihre Anforderung erfolgt durch Leiter PSNV *über* den Stab *über* das Land *an* die Bundesbehörde (Abbildung 28, S. 116).
- Die Bundesbehörde trägt die Kosten des Einsatzes.
- Überregionale Einzelpersonen oder PSNV-Anbietergruppen, die nicht in die Bundes-Task-Force PSNV berufen wurden, sollten nicht mit einer Leitungsfunktionen und Mitwirkung im Stab oder der Beratung im Sinne der Arbeit einer Bundes-Task-Force PSNV betraut werden.

| | |
|--|--|
| <p>PSNV-Ansprechpartner in den BOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mitglieder der Bundes-Task-Force PSNV werden nur beratend tätig. • Sie nehmen die Aufgaben des Leiters PSNV nur nach gesonderter Beauftragung (inkl. Kostenklärung) wahr. <p>Behörden- und organisationsinterne PSNV-Ansprechpartner sind Angehörige der BOS, die intern mit der Sicherstellung und Qualifizierung der PSNV-Angebote beauftragt sind und nach außen im Ländernetzwerk ihre BOS vertreten.</p> <p>In der Großschadens- bzw. Katastrophenlage sind sie Ansprechpartner für den Leiter PSNV bzw. den Führungsassistenten PSNV im Einsatzabschnitt Einsatzkräfte mit dem Ziel der (Nach-)Alarmierung BOS-interner PSNV-Ressourcen.</p> |
| <p>Betreuungsstelle PSNV</p> | <p>Ort mit definierter, nach bundeseinheitlichen Mindeststandards eingerichteter und im Vorfeld vereinbarter (und in Übungen erprobter) länderspezifischer Infrastruktur zur Leistungserbringung psychosozialer Akuthilfen für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte, Einsatzbegleitung und/oder kurzfristiger Einsatznachsorge für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte während der Dauer des Einsatzes bis zu ihrer Auflösung.</p> <p>Sie wird geleitet vom Leiter PSNV und koordiniert vom Führungsassistenten Leiter PSNV.</p> <p>Leistungserbringer sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die beauftragten PSNV-Anbieter mit nachgewiesener Qualifikation für die Akutphase und die jeweilige Zielgruppe; • sowie ergänzend, insbesondere im Hinblick auf die vitalen Bedürfnisse die SEGen-Betreuung. <p>Differenzierte Aufgabenbeschreibungen finden sich in 6. sowie in Seynaeve, 2001; Helmerichs, 2002).</p> |
| <p>Koordinierungsstelle PSNV mittelfristig</p> | <p>Ort mit definierter, nach bundeseinheitlichen Mindeststandards eingerichteter und im Vorfeld vereinbarter länderspezifischer Infrastruktur zur Leistungserbringung mittelfristiger Notfallnachsorge und Einsatznachsorge für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte während der Dauer von <u>bis zu vier Wochen nach Einsatzende</u> bis zu ihrer Auflösung.</p> <p>Differenzierte Aufgabenbeschreibungen finden sich in 6. sowie in Seynaeve (2001) sowie Helmerichs (2002).</p> |

Koordinierungs-
stelle PSNV

langfristig

Ort mit definierter, nach bundeseinheitlichen Mindeststandards eingerichteter und im Vorfeld vereinbarter länderspezifischer Infrastruktur zur Leistungserbringung langfristiger Sekundär- und Tertiärprävention für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene bzw. Einsatzkräfte für die Dauer von ca. einem Jahr nach dem Schadensereignis.

Differenzierte Aufgabenbeschreibungen finden sich in 6. sowie in Helmerichs (2002).

9. Standards einer einheitlichen Abfrage von PSNV-Angeboten, PSNV-Anbietern und Experten der PSNV

Die in unterschiedlichen Anbieterorganisationen (Kirchen, Vereine, BOS, Kammern...) parallel existierenden, nach unterschiedlichen Erfassungskriterien zusammen gestellten und den Ländern nicht zur Verfügung stehenden unabhängigen Erfassungssysteme stellen ein Hindernis in der umfassenden Vernetzung und Alarmierung spezifisch qualifizierter Personen und Teams dar. Da häufig jeweils neu ad hoc und über gut informierte Einzelpersonen entsprechende Listen für den spezifischen Einsatz zusammengestellt werden müssen, werden nicht nur Kräfte unnötig gebunden, sondern es entstehen auch vermeidbare Verzögerungen und Konkurrenzen, die die Qualität der PSNV für Bürger und Einsatzkräfte beeinträchtigen können.

Bestandteil des Projektauftrages war die Vorbereitung und Entwicklung der Struktur einer bundesweiten PSNV-Datenbank. Um sowohl bei Groschadensereignissen als auch im Einsatzalltag einen schnellen Zugang zu PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern sicherzustellen, wird es für notwendig erachtet, ein System in Form einer bundesweiten PSNV-Datenbank zu entwickeln, das es ermöglicht, geeignete PSNV-Anbieter systematisch und gezielt zu alarmieren und bei Bedarf verbindlich für bestimmte Aufgaben im Rahmen der PSNV zu beauftragen. Die Erfassung von PSNV-Angeboten, PSNV-Anbietern, Ausbildungsmodulen und Experten der PSNV sollte mithilfe eines *bundeseinheitlichen* Erfassungsstandards erfolgen, um eine Vergleichbarkeit der Angebote und ein zielgerichtetes Suchen in der Datenbank zu ermöglichen. Erstmals würde dann eine bundeseinheitliche, in *einer* Datenbank zusammengeführte Erfassung *aller* Anbieter und Experten nach bundeseinheitlicher Angebotsbezeichnung erfolgen können.

Im Folgenden sollen die im Netzwerk-Projekt erarbeiteten Struktur- und Funktionsvorschlage der bundesweiten PSNV-Datenbank dargestellt werden.

9.1 Zielsetzung einer bundesweiten PSNV-Datenbank

Systematische Erfassung von Experten und PSNV-Angeboten: In der Datenbank sollen einerseits auf Personenebene entsprechend der bereits vorgestellten Klassifikation von Experten in der PSNV (s. 3.4) als auch auf Organisationsebene (PSNV-Anbieterteams, Vereinigungen, etc.) PSNV-Anbieter verzeichnet sein. Diese sollen anhand definierter Kriterien in standardisierter Form erfasst werden, um Vergleichbarkeit und zielgerichtetes Suchen zu ermöglichen. Es sollen möglichst umfassende Informationen *erhoben* werden; nicht jede erfasste Information muss allerdings später auch als Suchkriterium fungieren.

Möglichkeit zur gezielten Suche von Personen oder Organisationen: Anhand der gespeicherten Informationen soll für Nutzer der PSNV eine Suche nach PSNV-

Anbietern und Experten möglich sein. Dabei werden zwei, sich durch das Anliegen der Nutzer unterscheidende Suchmöglichkeiten vorgeschlagen: zum einen eine ereignisbezogene Suche (z.B. in oder nach einer Großschadenslage), zum anderen die Suche im erweiterten Kompetenznetzwerk, z.B. für Zwecke des Fach-austausches oder der Fortbildung.

Übersicht über PSNV-Angebotsbreite und Lücken: Die bundesweite PSNV-Datenbank soll eine Übersicht über den Umfang und die Qualität von PSNV-Angeboten, sowohl auf Regionen als auch auf Themengebiete bezogen, liefern können. Sie dient so als Suchinstrument und als Möglichkeit zur Angebots- und Versorgungsbestimmung.

Nutzerfreundlichkeit: Die bundesweite PSNV-Datenbank soll ohne Einweisung oder Schulung zu bedienen sein. Dem Dienstleistungsgrundsatz des Netzwerk-Projekts entsprechend sollen deshalb gerade die Nutzer-Schnittstellen (Datenaufnahme, bzw. -erfassung und Suche) möglichst selbsterklärend gestaltet sein.

Möglichkeit zur Erstellung EDV-unabhängiger Ausdrücke und Übersichten: Da gerade bei Großschadenslagen nicht von einer permanenten Verfügbarkeit notwendiger Infrastruktur (Rechnerausstattung, Telekommunikationswege, Internet) ausgegangen werden kann, soll die bundesweite PSNV-Datenbank die Möglichkeit bieten, EDV-unabhängige Ausdrücke und Übersichten auszugeben; dies könnten beispielsweise Kurzübersichten wie Alarmierungslisten für Leitstellen oder Verzeichnisse von Teilaspekten der bundesweiten PSNV-Datenbank im Sinne von „Telefonbüchern“ (vgl. auch Dombrowsky, 2002) sein.

Flexibilität und Erweiterbarkeit: Die Struktur der bundesweiten PSNV-Datenbank soll insofern flexibel sein, als auch neue relevante Informationen problemlos in die bestehenden Daten eingepflegt werden können oder insbesondere im Hinblick auf die erwarteten Ergebnisse der Parallelprojekte zur Primär- und Sekundärprävention an der Ludwig-Maximilian-Universität (LMU) München (vgl. Butollo, Krüsmann, Schmelzer, Karl & Müller-Cyran, 2003a-h) Kriterien zur Qualitätsbestimmung der PSNV-Angebote mit aufgenommen werden können.

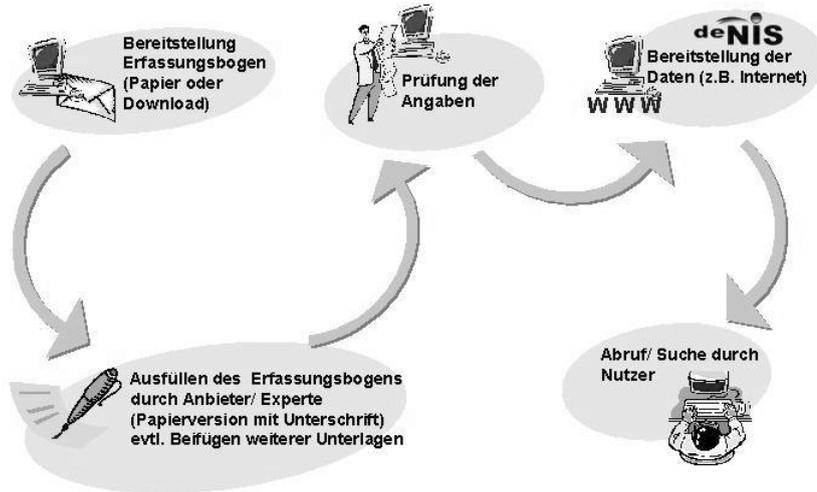
Die Daten sollen in einer relationalen Datenbank erfasst werden. Sie sollte Abfragen auch aus anderen Anwendungen und z.B. über das Internet erlauben. Erste Entwürfe zur Struktur und Funktionalität wurden in Microsoft Access[®] realisiert.

9.2 Datenerfassung, Pflege der bundesweiten PSNV-Datenbank, Abruf der Daten

Die Daten basieren auf Informationen, die auf Landesebene geprüft und auf Bundesebene zusammengeführt werden. Um den sich wandelnden Verfügbarkeiten und Qualifikationsprofilen von akkreditierten Personen und Teams Rechnung zu tragen, erscheint es sinnvoll, nur *die* Personen/Teams in die bundesweite PSNV-Ressourcen-Datenbank aufzunehmen, die auf Landesebene durch die Landeszentralstelle PSNV akkreditiert sind (*Personakkreditierung*), also real zur

Verfügung stehen, ihre Qualifikationen nachgewiesen haben und institutionell in Arbeitszusammenhänge eingebunden sind. Von einer Abfrage bei Einzelpersonen, die auch ungeprüfte, unzutreffende Angaben machen könnten, institutionell nicht eingebunden sind und die erforderlichen Qualifikationen womöglich nicht aufweisen, wird dringend und aufgrund zurückliegender negativer Erfahrungen abgeraten.

Abbildung 35: Erfassung, Prüfung und Bereitstellung der Daten
(Beerlage, Hering & Schmidt, 2003)



Ein Entwurf für einen *Erfassungsbogen* wurde erarbeitet und dem projektbegleitenden Arbeitskreis auf Bundesebene mit der Bitte um Ergänzungs- und Änderungsvorschläge präsentiert (vgl. Anhang 2).

Dieser Erfassungsbogen könnte in seiner endgültigen Form über verschiedene Kanäle und Medien (Download im Internet, Versendung per Email oder als Papierversion) PSNV-Anbietern mit der Bitte um Eintragung zugänglich gemacht werden. Ein direkter Eintrag in die bundesweite PSNV-Datenbank über das Internet, wie dies bei einigen Datenbanken in anderem Kontext praktiziert wird, ist zum aus Gründen des datenscDatenschutzes, der Sicherheit und der Qualitätssicherung unvorteilhaft. Es sollte die Möglichkeit zur manuellen Prüfung von bestimmten (noch zu definierenden) Daten durch die Landeszentralstelle gegeben sein. Die Eingabe und Meldung von PSNV-Angeboten und PSNV-Anbietern erfolgt über die Landeszentralstelle PSNV nach der Personenakkreditierung.

Auch wenn die Daten auf elektronischem Wege übermittelt werden, was beispielsweise die Gefahr von Übertragungsfehlern vermindert, sollte auf jeden Fall das Vorliegen einer Erklärung der Bereitschaft zur Veröffentlichung der angegebenen Daten als Papierversion (mit der entsprechenden Unterschrift) Voraussetzung zur Aufnahme in die bundesweite PSNV-Datenbank sein, so dass in jedem

Falle die Daten *auch* als Papierausdruck übermittelt werden müssten. Dieser Schritt erfolgt auf Landesebene.

Nach der Prüfung erfolgt eine manuelle Freigabe der Daten für einen Abruf durch die Nutzer in einer separaten Abruf-Datenbank (durch diese „Kopie“ wäre auch sicher gestellt, dass per Internet kein direkter Zugriff auf die Original-Daten möglich wäre und diese manipuliert werden könnten.) Die Daten könnten per Internet, zentral z.B. über deNIS zum Abruf bereit gestellt werden. Darüber hinaus sind noch weitere Wege vorstellbar, z.B. als Internet-unabhängige Datenbank auf CD-ROM oder die o.a. „Telefonbücher“ zu bestimmten Themenbereichen der PSNV für ausgewählte Nutzer. Auch ist ihre Einstellung in eine gesamte Informations- und Kommunikationsplattform denkbar (s. 10.5.1).

Die Pflege der bundesweiten PSNV-Datenbank erfordert eine zentrale Anbindung und personelle Ressourcen im noch zu definierenden Umfang.

9.3 Inhalte der bundesweiten PSNV-Datenbank

Die bundesweite PSNV-Datenbank soll pro PSNV-Anbieter eine relativ große Fülle relevanter Information aufnehmen können, um im Bedarfsfall eine möglichst differenzierte und detaillierte Suche und Darstellung der Ergebnisse zu ermöglichen. Als mögliche Inhalte werden vom Netzwerk-Projekt vorgeschlagen (s. auch Erfassungsbogen im Anhang):

1. *Allgemeine Angaben wie Name, Erreichbarkeit, etc.*

2. *PSNV-Angebote, Zielgruppen und Konditionen*

An dieser Stelle enthält die bundesweite PSNV-Datenbank Informationen 1) für welche Zielgruppen 2) welche PSNV-Angebote 3) zu welchen Konditionen vom jeweiligen PSNV-Anbieter vorgehalten werden. Basis sind die absolvierten, akkreditierten Curricula und Sprachregelungen.

3. *Einsatzgebiet*

4. *Berufliche Qualifikation*

In diesem Bereich werden akademische Abschlüsse, Berufsabschlüsse und (für die PSNV relevante) Weiterbildungen erfasst.

5. *Erfahrung im Einsatzwesen und anderen Organisationen mit erhöhtem Gefahrenpotential*

In dieser Inhaltskategorie sollen Feldkompetenzen der PSNV-Anbieter bei möglichen Zielgruppen erfasst werden. Dabei wird unterschieden, ob der PSNV-Anbieter gegenwärtig, früher, intern oder extern für die jeweilige BOS tätig war, bzw. ist und ob seine Tätigkeit psychosoziale Aspekte umfasst(e).

– *Weitere Arbeitgeber*

Insbesondere Personen, die sich nicht den Kategorien des vorangegangenen Inhaltbereiches zuordnen können, können hier Angaben zur Art ihres Arbeitgebers (öffentlich, selbständig, kirchlich, etc.) machen.

6. *Einsatzerfahrung in der PSNV*

An dieser Stelle werden Informationen über die bisherige praktische Tätigkeit in der PSNV bei konkreten Ereignissen erhoben, wobei zwischen Betreuung und Koordinierung im Rahmen der PSNV unterschieden wird. Weiterhin werden die Zielgruppen, für die der jeweilige PSNV-Anbieter dort tätig war, mit erhoben.

7. *Trägerschaft des PSNV-Angebotes (Organisationen, Teams)/Arbeitgeber (Einzelpersonen)*

An dieser Stelle werden Informationen zur formalen Rechtsform und den organisatorischen Rahmenbedingungen des PSNV-Anbieters gespeichert. (In der Differenzierung zur Felderfahrung ist es beispielsweise möglich, dass ein PSNV-Anbieter als Einsatzkraft einer Hilfsorganisation aktiv ist, sein psychosoziales Angebot für Einsatzkräfte jedoch im Rahmen eines dafür gegründeten Vereines vorhält; so dass Träger des PSNV-Angebotes und Arbeitgeber nicht identisch sein müssen).

8. *Angaben zur Verfügbarkeit, bzw. Kapazitäten*

Im projektbegleitenden Arbeitskreis auf Bundesebene wurde darauf hingewiesen, dass Angaben zur Auslastung oder zur Verfügbarkeit des PSNV-Anbieters, beispielsweise im Kontext von psychotherapeutischen Angeboten, ein hilfreiches und wichtiges Suchkriterium darstellen.

9. *Weitere persönliche/teambezogene/fachliche Expertise in für die PSNV relevanten Themenbereichen*

In diesem Bereich werden über die zuvor standardisiert vorgegebenen Expertisenbereiche (formale Qualifikation, Feldkompetenz, Einsatzerfahrung, etc.) hinausgehende Expertisen in freier Form erhoben. Diese Angaben sind insbesondere für Angehörige der Expertengruppe (4) relevant, die als Fachleute zu Einzelfragestellungen herangezogen werden können, die sie insbesondere für die Zielgruppen anbieten oder aufbereitet haben.

10. *Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht*

Es wird erfasst, die Person, bzw. Personen aus dem Team oder der Organisation unter die Schweigepflicht nach §203 StGB, bzw. Zeugnisverweigerungsrecht nach §53 StPO fallen, falls keine PSNV-Regelung herbeigeführt wird.

11. *Übergeordnete Organisationen, Fach-, Berufs-, Interessens- oder Dachverband*

Verbände, denen sich der PSNV-Anbieter angeschlossen hat, bzw. denen er untergeordnet ist, können an dieser Stelle erfasst werden. Dies kann Bedeutung im Rahmen definierter Ausbildungsstandards (z.B. Supervision mindestens nach den Standards von Fachverband X oder Y) ebenso erlangen wie im Zusammenhang mit fest eingegangenen Kooperationsbeziehungen.

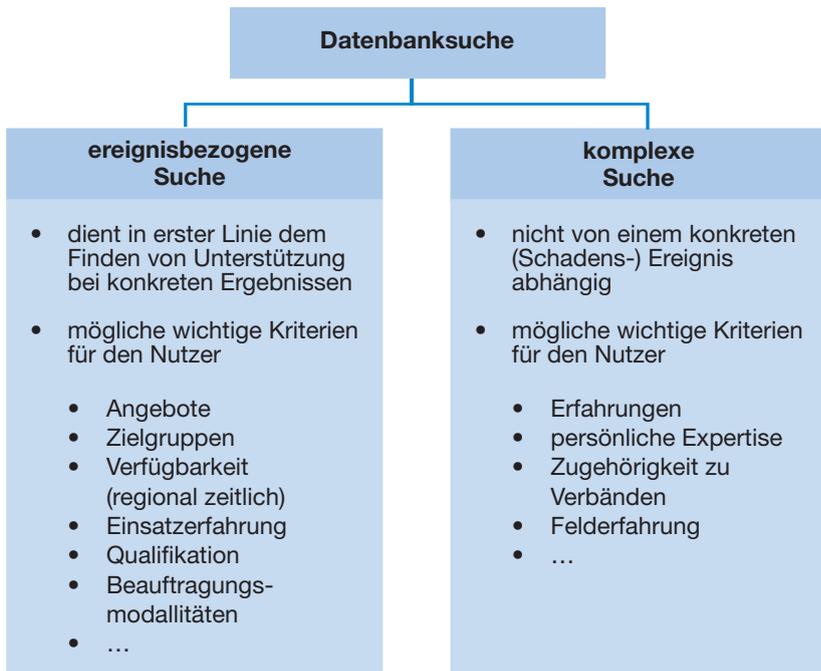
12. *Kurzbeschreibung des PSNV-Anbieters*

In freier Form können an dieser Stelle die zentralen Charakteristika des PSNV-Anbieters zusammengefasst bereitgestellt werden.

9.4 Suche in der bundesweiten PSNV-Datenbank

Eine Suche in der bundesweiten PSNV-Datenbank kann von unterschiedlichen Fragen geleitet sein, denen sowohl die Datenstruktur, als auch die Suchmaske(n) Rechnung tragen sollen. Mögliche Fragenhintergründe können von der Suche nach kompetenten Personen für Ausbildungs- oder Vortragstätigkeiten für ein Spezialgebiet über den Bedarf nach Unterstützung beim Aufbau eines umfassenden regionalen oder organisationspezifischen Systems zur Einsatzkräftebetreuung bis hin zum akuten Unterstützungsbedarf bei einer gerade eingetretenen Großschadenslage reichen. Vor diesem Hintergrund ergaben sich zwei dominante Herangehensweisen mit unterschiedlichen Suchzugängen zur bundesweiten PSNV-Datenbank: eine ereignisbezogene und eine komplexe Suche (Abbildung 35 Seite 222).

Abbildung 36: Suchstrategien und -zugänge zur bundesweiten PSNV-Datenbank (Beerlage, Hering & Schmidt, 2003)



Die *ereignisbezogene Suche* soll geeignet sein, schnell, anhand weniger relevanter Kriterien und ohne großen Aufwand für den Nutzer Angebote für einen akuten Bedarf an PSNV (sowohl in Bezug auf Betreuung, als auch auf PSNV-Management) zu liefern. Die entsprechenden Suchmasken sollten so gestaltet sein, dass sie auch ohne vorherige Kenntnis der Datenbank zu bedienen sind und in relativ wenigen Suchschritten zu geeigneten PSNV-Anbietern führen. Diese Möglichkeit der Suche wäre z.B. für Erstbeauftragungen durch verantwortliche

Personen, Stäbe, Leitstellen, etc. bei akutem Bedarf zu nutzen. Diese Art der Suche schränkt allerdings die Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten des Nutzers stark ein, was in diesem Fall allerdings zur Komplexitätsreduktion auch intendiert ist.

Die *komplexe Suche* dagegen sollte es den Nutzern ermöglichen, für eine Reihe unterschiedlicher Fragestellungen in verschiedenen Feldern der bundesweiten PSNV-Datenbank zu suchen und diese Suchfelder mit logischen Operatoren zu verbinden, um eine Abfrage zu erstellen, die genau auf die jeweilige Fragestellung zugeschnitten ist. Diese Suche erfordert eine genauere Einarbeitung in die Datenbankstruktur und die Art der erfassten Daten, liefert aber im Vergleich zur ereignisbezogenen Suche durch die umfassende Kombination von Suchkriterien wenige und „punktgenaue“ Ergebnisse. Spezifische Expertise ist so auffindbar.

Ein Entwurf des Erfassungsbogens wurde den Mitgliedern des projektbegleitenden Arbeitskreises mit der Bitte um kritische Prüfung ausgehändigt. Es wurden Rückmeldungen nach Hinweisen aus dem projektbegleitenden Arbeitskreises bereits eingearbeitet.

10. Standards einer leistungsfähigen Vernetzung

10.1 Begriffsklärungen

Bei den folgenden Überlegungen und Empfehlungen werden nun nur noch die – sich ursprünglich mit dem Netzwerk verbindenden – Aufgaben einer **horizontalen** Vernetzung in den Vordergrund gerückt. Es werden somit weniger Vereinbarungen, Funktionen in Hierarchien und Zuständigkeiten betrachtet, als vielmehr Informationstransfer, persönlicher Austausch und längerfristige Zusammenarbeit.

Diese Überlegungen sind angesiedelt zwischen der Ausgangslage einer unkoordiniert und nebeneinander arbeitenden Vielfalt – der Tagesthemen-Moderator Böslflug fand dazu die treffende Darstellung: „*Alle verfolgen ein Ziel – ihr eigenes*“ – und den hohen Wünschen, die sich mit Vernetzung verbinden. Insbesondere stehen hier die folgenden Ziele im Vordergrund:

- geordnete Informationstransfers und Ressourcenersparnis (Vermeidung von Fehl- und Doppelversorgung) (van Santen & Seckinger, 2003);
- Verbindung von Best Practices (Corsten 2001);
- Hervorbringung neuer Denk und Handlungsmöglichkeiten (Hessinger, 2001);
- schneller Informationstransfer (Müller, Wiechmann, Scholl, Bachmann & Habisch, 2002).

Die Prozesse, Formen und Leistungen unterschiedlicher Formen von *Vernetzung*(sarbeit) verdienen innerhalb der Erarbeitung eines Konzeptes für ein „Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“ besondere Beachtung, da das Netz als prinzipiell nicht-hierarchische Struktur hier offensichtlich innerhalb der hierarchisch gegliederten Struktur im Zivil- und Katastrophenschutz zu einer umfassenden Problemlösung beitragen soll. Ein Spannungsverhältnis wird daher immer zu berücksichtigen sein, zwischen dem eher geschlossenen, hierarchischen Kommunikationssystem des Zivil- und Katastrophenschutzes und dem eher offenen, dynamischen Kommunikationssystem in heterarchischen Systemen (Corsten 2001). Dieses Spannungsverhältnis wird vor allem die *Eigenzeit* und *Verbindlichkeit* der Entscheidungsfindung betreffen (Bergold & Zaumseil, 1989; Bergold & Filsinger, 1993). Offene gering institutionalisierte Systeme können dabei insgesamt durch eine langsamere Entwicklung aufgrund ihrer höheren Verhandlungsabhängigkeit gekennzeichnet sein (Müller, Wiechmann, Scholl, Bachmann & Habisch, 2002). Sie nehmen eher eine dynamische, manchmal nicht vorhersagbare, flexibel sich auf unterschiedliche situationale Anforderungen einstellende Entwicklung, in der die Strukturen der Kooperation sich häufiger wandeln.

Eine Theorie der Vernetzung gibt es nicht, aus der die zu leistende Arbeit abgeleitet werden kann. Keul (1993) spricht gar von einem System ohne Theorie. Ausgangspunkt aller Netzwerküberlegungen ist jedoch die Definition des Sozial-

anthropologen Barnes (1954), der nach 16 Jahren der Netzwerkforschung nüchtern urteilt:

„Es gibt so etwas wie eine Theorie Sozialer Netzwerke nicht; vielleicht wird es sie nie geben...“ (Barnes, 1972 zit. nach Keul, 1993, S. 48).

Keupp (1988) weist auf unterschiedliche Wurzeln des Netzwerk-Boom zwischen New Age und Neuen Informationstechnologien, zwischen Sozialanthropologie und Nachhaltigkeitsdiskussion hin. Eine Annäherung soll daher im Folgenden aus verschiedenen fachlichen Perspektiven heraus vorgenommen werden. Es interessiert an dieser Stelle, inwieweit Überlegungen und Konzepte aus diesen Disziplinen für die Empfehlungen für ein Netzwerk der PSNV genutzt und gewinnbringend gebündelt werden können.

Zunächst einmal sollen die zentralen Konzepte *Kommunikation*, *Kooperation*, *Koordinierung* und *Vernetzung* begrifflich geklärt werden. Darauf aufbauend werden einige, für die zu unterbreiteten Netzwerkempfehlungen zentrale Leitlinien aufgestellt.

1. *Ein Netzwerk ist das jeweilige aktuelle, hergestellte Ergebnis von Vernetzungsprozessen.*

„Netzwerke sind zunächst akteursbezogene Beziehungsgeflechte, die kooperations- und projektübergreifend höchst unterschiedlich ausfallende Potenziale bereitstellen. Es handelt sich um lose gekoppelte Bindungen zwischen Akteuren, die in unterschiedlichen Handlungsbezügen (...) und gegenseitigen Abhängigkeiten zueinander stehen. Kooperation basiert auf individuellen und subjektiven Nützlichkeitsabwägungen und auf gemeinsamen Werten sowie auf gegenseitigem Respekt. Gemeinsame Maßnahmen werden untereinander verhandelt. Die „relative“ Autonomie der Mitglieder von Kooperationsnetzwerken bleibt dabei gewahrt, d.h. Akteure bleiben unabhängig und selbständig handlungsfähig. ...Es gibt kaum Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Einzelnen (Müller, Wiechmann, Scholl, Bachmann & Habisch, 2002, S. 5).

„Vernetzung als weitestgehende Form der Verknüpfung beinhaltet das organisierte Zusammenwirken verschiedener aufeinander abgestimmter PSNV-Angebote in einer Versorgungsregion innerhalb eines Versorgungssystems, idealerweise vor dem Hintergrund eines gemeinsamen konzeptionellen Grundverständnisses“ (v. Kardorff, 1998, S. 210).

2. *Kooperation ist das auf ein gemeinsames Ziel gerichtete Prozessmerkmal von Vernetzung.*

„Unter Kooperation kann allgemein die zielgerichtete Zusammenarbeit von Akteuren, d.h. Menschen, Gruppen und Organisationen verstanden werden. Kooperationen kommen dann zum Tragen, wenn wechselseitig erkannt wird, dass die Zweckmäßigkeit des eigenen Verhaltens vom Verhalten anderer Akteure abhängt und diese Erkenntnis in eine entsprechende zeitlich befristete Verhaltenskoordinierung zum Zwecke einer besseren Zielerreichung

einmündet. Als Voraussetzung und Basis jeder Kooperation kommt der Kommunikation entscheidende Bedeutung zu“ (Müller, Wiechmann, Scholl, Bachmann & Habisch, 2002, S. 6).

„Kooperation soll hier eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozess abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien verstanden werden (...)“ (v. Kardorf, 1998, S. 210).

Kooperation ist ein Verfahren, mit dem „eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösekompetenz angestrebt wird“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 29).

3. *Kooperation ist Arbeit von Menschen.*

„Sichtbar und erfahrbar wird (...) Kooperation jedoch erst durch Interaktion von individuellen Personen, die ihre jeweilige Institution vertreten“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 362), und die eine „Brückenfunktion zwischen einem interinstitutionellen Kooperationszusammenhang und der Herkunftsorganisation innehaben“ (ebd. S. 364). Die Dimension ‘Referenzsystem’ verweist bezüglich der individuellen Ebene auf das Selbstverständnis von Kooperationen bei den beteiligten Personen, ihre professionellen Standards, ihre individuelle Übersetzung von Trägerinteressen, ihre Weltanschauung, die Einbindung in andere Netzwerke, ihre persönliche Handlungslogik sowie die persönliche Erfahrung mit Kooperationen“ (ebd. S. 419).

4. *Kommunikation ist das Mittel, mit dem Kooperation ermöglicht wird.*

„Innovationen setzen sich nicht per se durch, sondern können nur in kommunikativen Lern- und Austauschprozessen entwickelt werden“ (Müller u.a. 2002, S. 6).

5. *Kooperation in Netzwerken ist dynamisch.*

„(Es) wird meist nur am Rande darauf verwiesen, dass Kooperationsbeziehungen sehr eng mit dem Faktor Zeit verknüpft sind. (...) Jede Phase einer Kooperation ist mit unterschiedlichen Aufgaben und Zielen, die für die jeweilige Phase konstitutiv sind, verbunden“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 354).

Netzwerke zeichnen sich (gegenüber Unternehmen und Organisationen) durch eine „relativ hohe, komplexitätstreibende Fluktuation unter den Teilnehmern aus“, die als „Konfigurationsflexibilität“ gekennzeichnet werden kann (Reiß, 2001, S. 132 f).

6. *Koordination ist das Ziel der Netzwerk-Arbeit.*

„Koordination bezieht sich auf eine in Aushandlungsprozessen zu klärende sachliche, fachliche, institutionelle und/oder regionale Aufteilung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen zwei oder mehr beteiligten Handlungssystemen, die nur lose miteinander gekoppelt sind und in ihrer

internen Arbeitsweise ansonsten selbständig handeln“ (v. Kardorf, 1998, S. 210.).

„Koordination ist (...) eine Form der Kooperation, bei der die Optimierung von Verfahrens- und Organisationsabläufen im Vordergrund steht“ (van Santen & Seckinger, S. 29).

Besteht kein äußerer Druck auf einen Kooperationszusammenhang, so wird nach der Gründungsphase eine Reflexion der Ziele eher vernachlässigt (van Santen & Seckinger, S. 368).

Zusammenfassend sei festgehalten, dass somit Vernetzung eine kommunikative, zielgerichtete, abgestimmte Aktivität von Menschen ist, die als Personen und Vertreter ihrer Institutionen durch ihre Kooperationsarbeit eine Brücke schlagen zwischen den Herkunftsorganisationen und dem interorganisatorischen Netzwerk. Das Netzwerk ist dabei als dynamische, sich verändernde Form zwischen lediglich loser Kopplung und Institutionalisierung angesiedelt.

Damit ist ausgeschlossen,

1. dass die hier vorzunehmenden Empfehlungen eine *einheitliche Struktur* unabhängig von personalen, regionalen und organisationsbezogenen Interessen sowie Nutzenerwägungen beschreiben können;
2. dass mit der bundesweiten PSNV-Datenbank als lediglich *informativer* aber nicht-kommunikativer Form das Netzwerkziel erreicht wäre und
3. dass ein Netzwerk als *überdauernde Institution* etabliert werden kann, die als überregionaler PSNV-Anbieter strukturell eingebunden wird.

Im Folgenden werden zunächst unterschiedliche fachwissenschaftliche Perspektiven daraufhin befragt, unter welchen Voraussetzungen Kommunikation und Kooperation zwischen Menschen und Institutionen in Vernetzungsprozessen gelingen und die Ziele der Koordination und des Informationstransfers erreicht werden können. Anschließend werden die begleiteten Vernetzungsprozesse in den Ländern vergleichend betrachtet, um in einem nächsten Schritt die realisierten Vernetzungsformen und ihre Leistungen in anderen Bundesländern in einem groben Überblick zu beschreiben. Abschließend werden Vernetzungsempfehlungen ausgesprochen.

10.2 Vernetzung aus unterschiedlichen fachwissenschaftlichen Perspektiven

Die fachliche Betrachtung, bzw. die „Zuständigkeit“ der verschiedenen Fachdisziplinen der Organisationswissenschaften scheint sich jedoch auf dem Weg vom *intra-* zum *interorganisationellen* Netzwerk zu verändern. Während bei Intraorganisationsnetzwerken die Betrachtung eher eine organisationspsycho- und -soziologische Perspektive einnimmt, steht bei Interorganisationsnetzen eher der betriebswissenschaftliche Blick im Vordergrund.

10.2.1 Kommunikationswissenschaften

Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive wird vor allem der Informationstransfer ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Dabei interessiert u.a., wie sich in einem sozialen System Wissen verbreitet. Es wird die Ansicht vertreten, dass in den für die modernen Gesellschaften typischen losen und schwachen sozialen Verbindungen der Menschen gerade Netzwerke neue Mittel zur Informationsteilnahme sind, da sie Verzweigungsmöglichkeiten beinhalten, die in den (nicht mehr oder zunehmend weniger verfügbaren und genutzten) Primärgruppen nicht vorhanden sind (Keupp, 1988). Im Hinblick auf die hier zu beantwortenden Fragen könnten aus dieser Perspektive vor allem Antworten auf die Frage interessieren: „Welches Informationsnetz sichert schnellen Informationstransfer einerseits und schnelle Alarmierung andererseits?“

In diesem Zusammenhang werden vor allem soziometrische Muster und Netzwerktypologien im Hinblick auf den in ihnen ablaufenden Kommunikationsfluss befragt: „Rad“ als zentral gesteuertes Umlauf-System, „Stern“ als organisiertes Beiträgersystem, „Baum“ als Entscheidungs- und Distributionssystem, „Kette“ als zeitlich sequenzierte Formen der Zusammenarbeit“ oder „Ring“ als strategische Zusammenschlüsse sind hier wiederholt betrachtete Muster (Hessinger, 2001; Euler, 2004). Dabei erweisen sich zentralisierte Strukturen (Stern, Rad) als wenig kommunikationsanregend, dafür aber als weniger behaftet mit Übertragungsfehlern. Ketten beschreiben definierte (nicht notwendigerweise schnelle) Informationsabläufe und entsprechen Melde- und Genehmigungssystemen in Hierarchien. Diese drei in hierarchisch geführten Institutionen und Gruppen auftretenden Kommunikationswege scheinen eher geeignet für die Lösung definierter, *einfacher Aufgaben*, zu denen auch die Alarmierung als geordneter Algorithmus gehört (Euler, 2004; Bromme 1976). In formellen, zentralisierten Kommunikationssystemen gelingt zwar die Steuerung des Informationsflusses schneller (Bales, Strodtbeck, Mills & Rosenborough, 1951), jedoch hat dies zur Folge, dass wertvolle Ideen und Argumente verloren gehen, die nicht den Filter den zentralen Instanz passieren (Reiß, 2001).

Eher dezentrale Vernetzungsformen, in denen zwischen allen Mitgliedern ein kommunikativer Kontakt besteht, weisen dagegen häufiger die Gefahr von zunehmender Informationsverzerrung („Stille Post“) und Missverständnissen auf; dafür erscheinen sie aber leistungsfähiger in Bezug auf das Finden divergenter, kreativer, vielschichtiger Lösungen bei *komplexen Problemen* (Bromme, 1976; Rappaport, 1985; Stark, 1996; Euler, 2004; Giesecke 2004). Große Hoffnungen einer dezentralen Kommunikation sind mit dem Internet als (nahezu kostenloser) Teilhabemöglichkeit an umfassenden, weltweiten Informationsnetzen verbunden (Keupp, 1988). Nachteile sind jedoch darin zu finden, dass die eingespeiste Information durch ihre Herauslösung aus kommunikativen Kontexten und Fragestellungen nicht mehr auf ihre „Qualität und Seriosität“ hin überprüfbar sind. Damit verbunden ist auch die Gefahr des nicht immer nachzuvollziehenden „Verfallsdatums“ der Information, so dass die Einführung eines Filters als notwendig betrachtet wird (Janssen, 1998; Euler, 2004).

Die im Internet praktizierten Kommunikationsformen können dabei als einseitig, wechselseitig oder mehrfach verknüpft beschrieben werden. Mailinglisten und Newsletter wären zu den unidirektionalen *Informationsformen* zu zählen mit denen schnell Informationen weitergegeben werden, Multi-User-Dimensions, Plattformen und Foren wären dagegen eher mehrere Nutzer einbeziehende *Kommunikationsformen*, bei denen alle Beteiligten Informationen einspeisen und aufeinander reagieren bzw. miteinander kommunizieren können (Dreyer, 2001).

Fazit: Aus kommunikationsanalytischer Perspektive ist einerseits die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen für vielfältige und dezentrale Kommunikationsformen „aller mit allen“ mit dem Ziel der Ausschöpfung vielgestaltiger Potenziale der Akteure zu schaffen, und andererseits eine zentrale steuernde Instanz zu benennen, die Prozesse und valide Informationen zusammenführt, Kommunikationswege steuert und Aufgaben „abarbeitet“. Die neuen Informationstechnologien erlauben plattformgestützte Informations- und Kommunikationsformen, die ein hohes Maß an Transparenz und nicht-hierarchischer Informationsvermittlung hinsichtlich der vielfältigen Entwicklungen im komplexen System der PSNV erlauben. Voraussetzung für die Qualität ist darin aber ein validierendes Filtersystem.

10.2.2 Psychosozialer Bereich und Sozialpolitik

Die Netzwerkdiskussion im psychosozialen Bereich hat zum einen auf die Stärkung von Bewältigungsressourcen des einzelnen (soziale Unterstützung), zum anderen auf die Bestärkung des einzelnen, sich in die eigenen Angelegenheiten einzumischen (Empowerment), fokussiert (Laireiter, 1993; Roth, 1994; Stark, 1996; Keupp, 1988, 1997). Durch ein Netzwerk sollen soziale Ressourcen aktiviert werden, personale Bewältigungsressourcen bereichert und Empowerment des Einzelnen oder der Gruppen bewirkt werden. Empowerment steht hier zugleich für einen i.w.S. politischen Prozess der Einmischung in Rahmenbedingungen der Lebenswirklichkeit.

„Empowerment beschreibt als Prozess im Alltag eine Entwicklung für Individuen, Gruppen, Organisationen oder Strukturen, durch die die eigenen Stärken entdeckt und die soziale Lebenswelt nach den eigenen Zielen (mit-)gestaltet werden. Empowerment wird damit als Prozess der Bemächtigung von einzelnen oder Gruppen verstanden, denen es gelingt, die Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern“ (Stark, 1993, S. 41).

Soziale Netzwerke sind hier immer auch persönliche Netze, die von Personen gepflegt werden und vom persönlichen Austausch zwischen Personen leben. Van Santen und Seckinger (2003) verweisen aber nach ihrer Untersuchung der Zusammenarbeit in Institutionen der Jugendhilfe auf das Problem der sogenannten Schlüsselpersonen:

„Wie...deutlich wurde, reicht es nicht aus, wenn das Wissen über Kooperationspartner exklusiv bei den Personen, die in einem Kooperationszusammenhang vertreten sind, vorhanden ist. Vielmehr sollte das für die Kooperation relevante und förderliche Wissen bezüglich anderer Institutionen möglichst breit in den jeweiligen Institutionen gestreut sein. Dies erfordert ein explizites und systematisches Wissensmanagement bezüglich anderer Institutionen“ (S. 349).

„Die bisher beschriebenen Voraussetzungen sind nicht realisierbar, wenn nicht auf institutioneller und organisatorischer Ebene unterstützende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Kontinuität erhöht die Berechenbarkeit und Transparenz“ (S. 348).

Insbesondere bei „persönlichen Netzen“, die über die Pflege von persönlichen Beziehungen und informellen Informationszugängen hinaus auch zunehmend als Orte der Aufgabenbearbeitung gesehen werden (z.B. Aufbau von Strukturen), bestehe die Gefahr der Stagnation:

„Als gefährlich erweist es sich, Netzwerke primär mit einem Networking zu assoziieren, das auf einer persönlichen Vertrautheit der Partner beruht. Die – sicherlich nicht unplausible – Sichtweise, dass Netze in erster Linie eine Angelegenheit der zwischenmenschlichen Chemie seien, hat zur Folge, dass sich viele Netzwerke nur im Bekanntenkreis oder in der regionalen und damit vertrauten Umgebung abspielen. Oft erweisen sich diese chemiegetriebenen Netzwerke aber als expansionsfeindlich: Bekantschaften wachsen nicht automatisch mit den gestiegenen Anforderungen an die fachliche Kompetenz mit und begrenzen deshalb den Entscheidungsspielraum für geschäftliche Aktivitäten. Wer immer nur im ‚kleinen Kreis‘ agiert, leistet einen Wachstumsverzicht, der sich leicht als Erfolgsbarriere auswirken kann“ (Reiß, 2001, S. 128).

Mit Milardo (1992, zit. nach Laireiter, 1994, S. 19) werden Abstufungen hinsichtlich der Nähe der gepflegten Kontakte möglich, in dem er *global networks* (Menschen, die man (namentlich) kennt), *networks of significant others* (Menschen, die emotional bedeutsam sind), *interactive networks* (Menschen, mit denen ein häufiger Kontakt besteht) und *exchange networks* (Menschen, die Unterstützung und Hilfe geben (würden)) unterscheidet. Diese Differenzierung erlaubt auch die Betrachtung der notwendigerweise unterschiedlich intensiven Pflege von Kooperationsbeziehungen im erweiterten Kompetenzwerk einerseits, im eigenen Referenzsystem andererseits, die, lässt man sie außer Acht, zu Missverständnissen bezüglich des „Engagements generell“ führen würden.

Die Auseinandersetzung mit Vernetzungsprozessen ist im psychosozialen Bereich auch eng mit der Reform der Psychiatrie seit Mitte der 1970-er Jahre verbunden. Die Schaffung einer Vielfalt ambulanter Hilfen ging mit einer Diversifizierung institutioneller Hilfen einher, die in einem „Versorgungsnetz“ in der Form abgestimmter Zusammenarbeit zusammengeführt werden sollte, um auch den „Nutzen“ Transparenz, erleichterte Zugänge (Niedrigschwelligkeit“) sowie den

Abbau von Über- oder Unterversorgung zu ermöglichen (Röhrle & Sommer, 1995; Röhrle, Sommer & Nestmann, 1998; van Santen & Seckinger, 2003). Im Zuge dieser Zusammenarbeiten etablierten sich kommunale Arbeitskreise (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften – PsAG) und Fallkonferenzen.

Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten wurden ausführlich und kritisch das Auffangen sozialstaatlicher Zuständigkeit im sozialen Netz, im bürgerschaftlichen Engagement und in Ehrenamtlichkeit diskutiert (etwa Keupp, 1987; von Kardorff, 1989; Richter, 1994; Ackermann, 1999). Wenn ehrenamtliches Engagement seitens der bisherigen Verantwortungsträger für soziale Dienstleistungen als „preiswerter Ersatz“ missverstanden oder missbraucht würden, entstünde mit dem Engagement in Vernetzungsprozessen der Konflikt, den Arbeitgeber/den Träger aus seiner Verpflichtung zu entlassen.

Grundsätzlich besteht die zentrale Leistung von Netzwerken aus psychosozialer Perspektive in der Bereitstellung von externen sozialen Ressourcen; zugleich ermöglichen Netzwerke aber auch das Wachstum personaler Ressourcen – allerdings mit der Einschränkung, dass nur Menschen mit einem Minimum an personalen Voraussetzungen in den Genuss dieser Ressourcen kommen könnten (s. auch Ludwig-Mayerhofer & Greil, 1993).

Fazit: Ein Gewinn aus der Vernetzung kann in sinkenden Schwellen der Zusammenarbeit, im Abbau von Über- und Unterversorgung gesehen werden. Der Nutzen des Engagements in Vernetzungsprozessen muss von den Akteuren jedoch auch persönlich als Wachstum und Ressourcensteigerung erfahrbar werden. Und sie sollten auch Wertschätzung für dieses soziale Kapital, das sie einbringen, erfahren. Engagement in Vernetzungsprozessen sollte daher nicht mit hohen persönlichen Kosten (nicht erfolgende Aufwandsentschädigungen) oder gar Strafen (Kritik seitens der Arbeitgeber von Vernetzungsakteuren in der PSNV; Freizeit einbußen) verbunden sein. Ein ehrenamtliches Engagement darf zugleich die Verantwortlichen (Arbeitgeber, politische Entscheidungsebenen usw.) nicht aus der Verantwortung entlassen. Interinstitutionelle Vernetzung lässt sich nicht allein an Personen delegieren: es bedarf der hausinternen Strukturen der Öffentlichkeitsarbeit nach innen und nach außen. Zugleich sei auf die „Schlüssel-Gewalt“ von Vernetzungsverantwortlichen hingewiesen, die ohne Beteiligung der Mitglieder der Organisationen zu sehr restriktiven Informations-Gate-Keepern werden könn(t)en. Rückt die Bearbeitung von Aufgaben und zukunftsorientierten Arbeiten ins Zentrum der Vernetzungsaktivitäten, geraten die lediglich auf der Vernetzungsarbeit einzelner Personen basierenden „persönliche Netzwerke“ an ihre Grenzen.

10.2.3 Wirtschaft

Aus ökonomischer Sicht dominieren in der Netzwerkdiskussion Synergieeffekte und Ersparnisgesichtspunkte. Auch dieses ist von hoher Relevanz für die Sicherstellung eines PSNV-Angebotes, das zunächst zusätzliche Kosten verursachen wird, um langfristig gesundheitliche Kosten zu sparen.

Netzwerk-Strukturen tauchen in den Organisationswissenschaften sowohl innerhalb einer definierten Organisation, als auch zwischen distinkten Organisationen auf. Die fachliche Betrachtung beziehungsweise die „Zuständigkeit“ der verschiedenen Fachdisziplinen der Organisationswissenschaften scheint sich auf dem Weg vom intra- mehr zum interorganisationellen Netzwerk zu verändern. Während bei Intraorganisationsnetzwerken die Betrachtung eher aus der organisationspsycho- und -soziologischen Perspektive dominiert, steht bei Interorganisationsnetzen eher der betriebswirtschaftliche Blick im Vordergrund.

Der bereits oben erwähnte Vernetzungsdruck macht auch in der PSNV/im Katastrophenschutz interorganisatorische Zusammenarbeit notwendig (Reiß, 2001). Abweichend von Unternehmenswerken, die mit dem Ziel aggregierter Konkurrenzpotenziale aus wirtschaftsstrategischen Motiven heraus gegründet werden (Sydow, 1992; Corsten 2001; Hessinger, 2001), steht in der PSNV jedoch eher der Gewinn der Arbeitgeber im Vordergrund, der aus dem Erhalt der Einsatzfähigkeit der Einsatzkräfte resultiert. Damit ist auch der Nutzen der Leistungsträger der Unfall-, Kranken- und Rentenversicherungen ins Blickfeld gerückt, Prävention unter Kostengesichtspunkten gemeinsam in Angriff zu nehmen (INQA, 2004).

Bereits oben wurde auf die Vernetzungsarbeit verwiesen. Hier sei zu allererst festgehalten, dass Netzwerkarbeit etwas kostet. Reiß (2001) kritisiert die Gleichsetzung von Netzwerk-Arbeit mit „einfachen“ Formen der Vernetzung:

„Falsch ist es weiterhin, den Kern des Netzwerk-Managements im Linking, d.h. im Schaffen von Verbindungen zwischen möglichen Netzwerk-Partnern zu sehen. Die Kontaktaufnahme auf Messen (,Sammeln von Visitenkarten'), das Finden von Unternehmen im Internet, das Setzen von Links zwischen Websites, die Unterstützung der Linkingaktivitäten durch Gelbe Seiten, einfach konstruierte Kooperationsbörsen (sprich Verzeichnisse von PSNV-Anbietern und Nachfragern), primitive Vernetzungsvisionen (,Jeder redet mit jedem') und Suchmaschinen bilden nur die erste Phase eines mehrstufigen Vernetzungsprozesses“ (S.126).

Zweitens sollte festgehalten werden, dass dazu spezifische Kompetenzen zu fordern oder zu fördern sind. Darunter werden von Reiß (2001) neben den erwähnten Vernetzungskompetenzen auch Segmentierungskompetenz (z.B. in der Spezifizierung der Aufgaben der jeweiligen Knoten im Kompetenznetzwerk), Infrastrukturkompetenz (z.B. Versorgungswissen, Wissen um die Handlungslogiken und Referenzsysteme der Akteure aber auch ein sogenannter „Internet-Führerschein“ sowie eine Veränderungskompetenz (z.B. in der zunehmenden Bereinigung von Schnittstellenproblemen) genannt (s. 8.4., s. auch van Santen & Seckinger, 2003, S. 349).

Fazit: Eine regional sehr weitreichende Verbindung von Organisationen und politischen Ebenen entspricht in seiner Beschreibung der Plattform (s. 3.5.3.2). Ein solches Netz bietet die Möglichkeit, auf breiter Basis Kompetenzen und Personen für unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche miteinander zu verbinden und sich

kontinuierlich weiter zu entwickeln. Der Gewinn des Erhaltes der Einsatzfähigkeit der Einsatzkräfte sollte mit den entstehenden Vernetzungskosten verrechnet werden, denn Vernetzung erledigt sich nicht „nebenbei“. Die Kosten des Engagements einzelner wären im Falle ehrenamtlicher Vernetzungsarbeit z.B. durch Freistellung von anderen Aufgaben auszugleichen. Zusätzlich sind aus den eigenen Reihen heraus Personen zu qualifizieren, die kompetent die Vernetzungsarbeit leisten können. An den Kosten sollten – im Sinne einer Mischfinanzierung – alle beteiligt werden, die von den Synergieeffekten in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention profitieren. Innerhalb von Netzen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten und bei unterschiedlichen Aufgaben andere Kompetenzen gefordert sein.

10.2.4 Schlussfolgerungen

Vernetzung und Kooperation leben von *persönlicher Begegnung*. Persönliche Netze ersetzen jedoch – trotz allen Engagements – Kooperationsstrukturen nicht, in denen gemeinsame Ziele entwickelt und in der Zeit modifiziert werden können. Persönliche Netze sind aber als „Stärke schwacher Bindungen“ ein wesentliches Moment dynamisch sich entwickelnder, offener System und „unkomplizierter“, niedrigschwelliger Interorganisationsbeziehungen.

In Netzwerken kann *Information* schnell und zugleich organisiert einer großen Gruppe von Akteuren zugänglich gemacht werden. Dabei können neue Informationstechnologien genutzt werden, die über die genutzte Datenbank oder die bediente Mailingliste hinaus eine Plattform für Austausch von Information, Meinung und Dokumenten ermöglichen.

Vernetzung bedarf *organisierter* Gelegenheitsstrukturen, die von kompetenten Kräften als zentrale Steuerungsinstanz geschaffen und gepflegt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf Landesebene die Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV zu sehen, die landesweit alle organisationsübergreifenden Prozesse der PSNV koordiniert und Gelegenheiten zur Kommunikation schafft.

Innerhalb der Behörden und Organisationen ist als Knotenpunkt der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit nach innen und außen – auch im Sinne einer Vermittlungsstelle mit einem hohen Versorgungswissen – eine Person zu qualifizieren und mit der Aufgabe einer BOS-internen *Koordinationsfunktion* zu betrauen. Ein hausinterner Informationsweg für alle Fragen der PSNV (und sicher nicht nur für diese!) ist von vornherein zu beschreiben, um diese verantwortliche Person auch vertreten zu können und eine breite Wissensstreuung zu ermöglichen.

Vernetzung bekommt man *nicht umsonst*. Vernetzung ist eine Kunst, die einen kostbaren Rahmen braucht. An den Kosten sind alle zu beteiligen, die von ihr profitieren.

10.3 Vernetzungsformen und Prozesse in den Modellländern

Die folgenden Darstellungen basieren auf der Teilhabe an Vernetzungsprozessen in den Modellländern, die in den projektbegleitenden Arbeitskreisen zur Sprache kamen. Teilweise wurden sie auch durch Zwischenergebnisse des Netzwerk-Projekts oder durch Impulse aus dem Projektteam eingeleitet oder modifiziert. Sie sind aber nicht das Ergebnis der Projektbemühungen, sondern der Vernetzungsakteure der Länder.

Einer der Aufträge des Netzwerk-Projekts bestand darin, die in den Ländern vorhandenen PSNV-Angebote zu erfassen. Die Bemühungen ein Gesamtbild zu erstellen, haben sich über die gesamte Projektdauer erstreckt. Zum einen lag es an getrennt geführten Listen mit unterschiedlichem Differenzierungsgrad der Angaben. Zum anderen lag es an einer hohen Dynamik der Entstehung (aber auch des „Einschlafens“) von Aktivitäten und PSNV-Angeboten. Die Art der Informationen war dabei in vielerlei Hinsicht unvergleichbar. Eine Abfrage in den Landratsämtern in Sachsen-Anhalt, in den BOS und PSNV-Anbietersystemen sowie eine differenzierte Abfrage nach den zusammengeführten Berliner Listen führten nur zu Teilerfolgen. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sie zeitgleich oder nur geringfügig zeitversetzt mit Abfragen von Universitätsinstituten (Potsdam), anderen Projekten (INQA), der Innenbehörden (Berlin und Sachsen-Anhalt) oder auch von zentraler Seite (deNIS) zusammentrafen, so dass Verwirrung oder auch Widerstand entstand. Die Versendung bzw. Ausgabe des differenzierten Erfassungsbogens des Netzwerk-Projekts stieß zudem auf Bedenken, da noch nicht ersichtlich wurde, wo und von wem diese Listen zusammengeführt und verwertet werden. Insofern liegen bislang aus den Modellländern weitgehend vollständige Adresslisten vor. Hier wurde die Notwendigkeit eines bundeseinheitlichen Erfassungsstandards deutlich.

Die Bundesländer unterscheiden sich hinsichtlich des PSNV-Angebotsspektrums sowie der Ausgangslage für Kooperation und Koordination zwischen den Behörden und Organisationen und mit PSNV-Anbietern.

10.3.1 Sachsen Anhalt: Von wenigen integrierten Knotenpunkten zu einer segmentierten Gesamtstruktur

Die Rahmenbedingungen im Zivil- und Katastrophenschutz im Land Sachsen-Anhalt im Projektzeitraum waren durch drei dominierende Themen beeinflusst:

- **Die Verabschiedung eines Gesetzentwurfes (2/2004) für die Neuregelung des Katastrophenschutzes**, der vorsieht, dem seit 1.1.2004 eingerichteten Landesverwaltungsamt, das bislang 25 getrennt arbeitende Landesbehörden integriert, die Funktion der oberen Katastrophenschutzbehörde zuzuweisen.
- **Planungen zur Neufassung des Rettungsdienstgesetzes**, das eine Zusammenlegung der bislang 23 Feuerwehr- und Rettungs-Leitstellen auf

landesweit 4–5 Leitstellen und die Schließung von 30 Rettungswachen und 10 Notarztstandorten vorsieht.

- **Die Auswertung der Hochwasser-Katastrophe im Sommer 2002** durch die „Arbeitsgruppe Hochwasser“ im Innenministerium des Landes mit dem Ziel der Zusammenführung aller Kommunen in einer Struktur des ganzheitlichen und integrativen Flussmanagements und den folgenden bereits eingeleiteten Maßnahmen:
 - Gründung von Wasserwehren in den Kommunen entlang der Elbe;
 - Verdoppelung des Katastrophenstabes;
 - Einrichtung einer Hochwasserzentrale mit dem Schwerpunkt des Informationsmanagement durch das Zusammenführen geprüfter Daten und der Optimierung der Medienarbeit in enger Kooperation mit dem Wasser- und Schifffahrtsamt.

Daneben beherrschten der qualitative Ausbau der Ausbildung an der Brand- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge (insbesondere Höhenrettung), die angemeldeten Bedarfe nach Ersetzung veralteter Ausrüstungen und die Nachwuchssorgen der freiwilligen Feuerwehren vor dem Hintergrund abnehmender Arbeitgeber-Toleranz und zunehmender Angst vor Arbeitslosigkeit die Diskussionen um den Katastrophenschutz des Landes.

Betrachtet man zunächst *die Ausgangsbedingungen in PSNV-Angeboten und bisherigen Kooperationsformen* in der PSNV, so fällt auf, dass in Sachsen-Anhalt der Vernetzungsprozess und das Bemühen um Sicherstellung der PSNV für Einsatzkräfte von der *PSNV-Anbieterseite* ausging und an die Behörden und Organisationen herangetragen wurde und wird.

Da die BOS in Sachsen-Anhalt – mit wenigen Ausnahmen – keine Einsatznachsorgeangebote für ihre Einsatzkräfte vorhalten, wurde diese bislang im Bedarfsfall von den in der Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenennachsorge tätigen Notfallseelsorge- bzw. organisationsübergreifenden KIT-Teams geleistet. Diese artikulieren auch am deutlichsten den wachsenden Bedarf, der mit vorhandenen Mitteln bislang nicht gedeckt ist. Langfristig wird auch hier eine strukturelle Trennung von Angeboten der Notfallnachsorge sowie der Einsatznachsorge gefordert. Somit gibt es trotz der wahrgenommenen Notwendigkeit eines spezifischen PSNV-Angebots für Einsatzkräfte bislang keine Trennung zwischen Einsatznachsorge für Einsatzkräfte und Krisenintervention für Opfer Angehörige und Hinterbliebene. Lediglich die Primärprävention ist in allen BOS vertreten, bis auf das Angebot in der Berufsfeuerwehr allerdings in einem als zu gering eingeschätzten Anteil an der Gesamtausbildung.

Ein spezifisches Hindernis in der langfristigen Planung von Angeboten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention erscheint im Rettungsdienst vor allem die Ausschreibungspraxis in bestimmten Regionen Sachsen-Anhalts zu sein, die mit ihrer z.T. extremen Kurzfristigkeit auch aus der Sicht der Mitarbeiter andere Prioritätensetzungen verlangt und damit den Stellenwert der Einsatznachsorge noch

weiter verringert, obwohl ein relevanter Teil der Mitarbeiter hoch belastet in den Einsatz geht (s. 5.3).

Als zentrale Knotenpunkte in den Bemühungen um die Schaffung spezifischer PSNV-Angebote werden drei evangelische Notfallseelsorger erkennbar, die alle in Institutionen des Zivil- und Katastrophenschutzes als Seelsorger eingebunden sind (Polizei, Feuerwehr und zusätzlich noch Rettungsdienst). Sie fungieren in drei Regionen (Nord, Mitte, Süd) als Brücke zwischen PSNV-Anbietern und Behörden, sind wesentliche Motoren dieses Prozesses und verschaffen durch ihre Expertise diesen Fragestellungen eine hohe Reputation. Die über die Landesgrenzen hinausgehenden Grenzen der Kirchenprovinz Sachsen führen zur Verknüpfung der PSNV-Initiativen auch mit Thüringen und Sachsen, die im *Verband für Notfallseelsorge und Krisenintervention in Mitteldeutschland e.V.* zusammengeführt werden, der jährlich eine Tagung veranstaltet, und im *Konvent der Beauftragten für Notfallseelsorge*, der zweimal jährlich zusammentrifft und in dem auch die katholische Notfallseelsorge vertreten ist.

Das große Interesse an einer Vernetzung ist in Sachsen-Anhalt eng gekoppelt an einen Wunsch nach Sensibilisierung der Verantwortlichen und nach Erhöhung der Akzeptanz auf Seiten der Einsatzkräfte auch im Sinne der Peer-Rekrutierung. Nachteilig wirkt sich hier allerdings aus, dass die interministerielle Kooperation in diesen Fragestellungen nicht fest etabliert ist und die Verantwortung für die PSNV in den Feuerwehren zwischen Innenministerium und Kommunen noch ausgehandelt wird. Als wesentlicher Schritt in Richtung Sensibilisierung der Führungskräfte der Freiwilligen Feuerwehren und der Landratsämter wurde das Angebot von Seiten des Vertreters des Innenministeriums des Landes Sachsen-Anhalt wahrgenommen, die Realisierungsmöglichkeiten einer gemeinsamen Qualifizierung von Führungskräften der Freiwilligen Feuerwehren und der Hilfsorganisationen unter dem Dach der Brand- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge zu prüfen. Im Vordergrund steht somit v.a. die Schließung bestehender Angebotslücken und die Führungskräfte-sensibilisierung.

Als weitere Zielsetzung im Bereich der *Koordinierung* schälte sich in Sachsen-Anhalt die Bestimmung von Koordinatoren für Vernetzungsprozesse heraus, insbesondere aber für den Großschadens- bzw. Katastrophenfall, sowie der Wunsch, die (Re-)Finanzierung von PSNV-Angeboten zu klären. Dabei wurde betont, dass für all diese Prozesse die entstandenen PSNV-Anbietersysteme genutzt und neue Strukturen zugleich geschaffen werden sollen. Dies könnte möglicherweise so interpretiert werden, dass das Sympathische bisheriger *informeller* Kooperation mit und in einer *Struktur* gelingender vorangetrieben werden könnte und markiert möglicherweise den Übergang von der PSNV-Anbieterlogik in die Logik der *Fürsorgepflicht der Arbeitgeber*.

Zugleich ist hier auch der Übergang vom *Linking* in einen Prozess der *Segmentierung* und Schaffung einer *Infrastruktur* erkennbar. So sehr also das Fehlen der Angebots-Elemente für Einsatzkräfte in Sachsen-Anhalt als Problem im anstehenden Prozess der Schaffung von Kooperationsnetzen auffällt, so positiv muss aber andererseits hervorgehoben werden, dass es gut eingespielte und von persön-

lichen Kontakten getragene Formen der Zusammenarbeit zwischen Behörden und Organisationen einerseits und Krisenintervention/Notfallseelsorge andererseits gibt.

Als Beeinträchtigung wurde aber erlebt, dass die KIT/Notfallseelsorge-Teams sich untereinander zu wenig kennen. Eine enge Verzahnung mit Angeboten der psychosozialen Versorgung, insbesondere anderen Krisenhilfen, wird ohne Berührungängste in der langfristigen psychosozialen Nachsorgekette bereits praktiziert und langfristig als ausbaufähig wahrgenommen. Jedoch verursacht das Fehlen ausreichender PSNV-Angebote für Menschen in psychiatrischen Notfällen und psychosozialen Krisen eine häufige Fehlalarmierung der Notfallseelsorge (Koch, 3.4.2004).

Im Projektzeitraum konnten folgende Entwicklungen beobachtet werden:

- Zusammenführung unterschiedlicher Listen von vorhandenen, arbeitenden oder im Aufbau befindlichen PSNV-Anbietersystem;
- Zusammenführen von Notfallseelsorge und Krisenintervention, polizeilicher und nicht-polizeilicher Gefahrenabwehr sowie psychosozialer Regelversorgung in einer Expertentagung anlässlich des 5-jährigen Bestehens des Notfallseelsorge- und Kriseninterventionsteams Magdeburg;
- Zunahme der Sensibilität für das Thema PSNV für Einsatzkräfte und Senkung des „Widerstands“; die Akzeptanz bei den Einsatzkräften scheint zu steigen;
- Auf der Expertentagung am 3. April (s. 2.5) wurde auch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und der Führungskräfte thematisiert;
- Zunehmender Wunsch bei den Vertretern der Hilfsorganisationen, bei gleichzeitig (durch die Konkurrenz im Rettungsdienst) eng begrenzten Ressourcen, Peers/Mediatoren in den eigenen Reihen der BOS zu qualifizieren;
- Vorbereitung einer Vereinbarung zur Durchführung eines Grundkurses zu „Stress im Einsatz“ für je einen Vertreter der freiwilligen Feuerwehren der Kreise an der Brandschutz- und Katastrophenschutzschule in Heyrothsberge in enger Abstimmung mit der Provinzialpfarrerin für Polizeiseelsorge und Notfallseelsorge;
- Vorbereitung einer gemeinsamen Basis-Qualifizierung von Kräften der Feuerwehren und ausgewählter Hilfsorganisationen (DRK, ASB) in Fragen der PSNV; MHD nutzt bislang noch bundesweite Ressourcen;
- Überlegungen einer gemeinsamen, BOS-übergreifenden Ausbildung von ENTs mit der ersten Zielmarke von „ein Team pro Regierungsbezirk“;
- Befürwortung und Vorbereitung einer Gesamtkoordination *aller* PSNV-Angebote im Land durch eine zentrale Instanz; aber auch der Wunsch, pro Landkreis einen Koordinator für Fragen der PSNV zu benennen, wie bereits in acht Landkreisen vorhanden.

Insgesamt zeigt sich in Sachsen Anhalt das Bild einer zunehmenden Öffnung der BOS für Fragen der PSNV für Einsatzkräfte durch die gemeinsamen Anstrengungen aller Arbeitskreismitglieder, insbesondere aber durch die drei Motoren einer PSNV für Einsatzkräfte aus den Reihen der Notfallseelsorge. Die organisationsübergreifende Zusammenarbeit ist durch die gemeinsamen KITs in den Landkreisen gut etabliert. Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenenbetreuung sowie Einsatznachsorge sind ressourcenbedingt eng verbunden, eine Trennung der Zuständigkeit und Arbeit in getrennten Unterabschnitten Opfer/Angehörige sowie Einsatzkräfte wird aber angestrebt. Der Gesamtprozess kann als Entwicklung von informellen wenigen Knotenpunkten zu einer Gesamtstruktur mit zentralem Informationsmanagement gekennzeichnet werden. Das Netz befindet sich in der Segmentierungsphase auf dem Weg zu einer definierten Infrastruktur.

10.3.2 Berlin: Von getrennten Strukturen zu einer Verknüpfung von arbeitsteiligen Segmenten

Die Thematisierung der Zusammenarbeit in der PSNV für Einsatzkräfte erfolgte auch hier – wenn auch nicht so punktuell motiviert – vor dem Hintergrund nur begrenzt koordinierter Zusammenarbeit beim Einsatz des ENTs der Berliner Feuerwehr in Großschadens- und Katastrophenlagen anderer Bundesländer. Die Notwendigkeit struktureller Vorbereitungen und Klärungen wurde von der Senatsverwaltung für Inneres ebenso gesehen und die ENT-Leitung gebeten, den Prozess der Koordinierung einzuleiten und zu moderieren. Probleme der Zusammenarbeit während des Orkans im Sommer 2002, in dessen Verlauf jugendliche Mitglieder einer Feuerwehrfreizeit ums Leben kamen, wurden eher aus den Hilfsorganisationen benannt. Die Systeme der Einsatznachsorge arbeiteten getrennt nebeneinander, ohne gemeinsames Wissen um die jeweiligen Aktivitäten der anderen.

Die Ausgangsbedingung in Berlin war zu Beginn des Netzwerk-Projekts – nach einer mehrere Jahre währenden Sensibilisierungs- und Empowermentphase *innerhalb* der Berliner Feuerwehr ausgehend von den für psychosoziale Fragestellungen zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – das Bemühen des ENTs der Berliner Feuerwehr, innerhalb jeder BOS selbständige ENTs zu qualifizieren, aber auch über Kooperationsvereinbarungen neue Strukturen der Unterstützung und Zusammenarbeit zu erarbeiten. Die Berliner Feuerwehr, die zugleich auch größter Träger des Rettungsdienstes auch im Rahmen des Katastrophenschutzes ist, hielt ENTs vor, die im Sinne der Amtshilfe auch für Einsatzkräfte anderer Organisationen und Behörden tätig werden. Bei steigendem Bedarf und einer gleichbleibenden Anzahl von Teams entstand zunehmend eine übermäßige Beanspruchung der vorhandenen Teams bei gleichzeitiger zu geringer Ausstattung.

Eine strikte, durchaus auch kontrovers diskutierte Trennung zwischen Krisenintervention/Notfallseelsorge und Einsatznachsorge vor dem Hintergrund divergierender Methoden, getrennter Zielgruppen und getrennter politischer Zuständigkeit (Bezirksämter – Gesundheitsressort), wurde Grundlage weiterer Arbeitsschritte. Einsatzkräftebetreuung wurde dabei als Aufgabe behördeninterner Psychosozialer Dienste betont. Die Notwendigkeit zum gemeinsamen Austausch

mit den KIT und der Notfallseelsorge und zur Koordinierung wurde nicht wahrgenommen, jedoch wurde eine Möglichkeit der Erweiterung der Kriseninterventionsressourcen in der ergänzenden Qualifizierung für psychosoziale Kräfte der psychosozialen Regelversorgung für möglich gehalten. Insgesamt bestand eher Unklarheit über potenzielle Kompetenzressourcen in der Berliner psychosozialen (Krisen- und Psychotrauma-) Versorgung, andererseits wurden diese auch als nachrangig in der Schaffung einer Struktur der PSNV für Einsatzkräfte bewertet. Für die Einsatznachorge wurde daher ein Austausch im erweiterten Kompetenznetzwerk anfangs auch sehr kritisch eingeschätzt.

In Berlin wurden in den dortigen Arbeitskreisen die Erweiterung vorhandener Nachsorgetressourcen, der Ausbau der fachlichen Qualifikation und ebenfalls die Bestimmung von behörden- und organisationsinternen Koordinatoren für den Großschadens- und Katastrophenfall als vorrangige Ziele in der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit angesehen. Dem Ziel der Optimierung der *Koordination* sollte mit den Schritten der Erstellung einer gemeinsamen Alarmierungsliste für Einsatzkräftebetreuung, der Prüfung der Realisierbarkeit einer gemeinsamen KIT-Alarmierungsnummer (Opfer, Angehörige, Hinterbliebene) und mit einem Treffen aller Einsatznachsorgenden und Debriefingleiter näher gerückt werden. Das Ziel der Erweiterung der Nachsorgetressourcen (*Sicherstellung*) wird mit der Planung einer gemeinsamen Peer-Ausbildung von Feuerwehr und Hilfsorganisationen unter Federführung des MHD verfolgt, jedoch erst nach Klärung der Kostenfrage. Ausgehend von der Initiative der Berliner Feuerwehr und mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Inneres hat die Gründung zweier ressortübergreifender Arbeitskreise (Spitzenvertreter von Bundeswehr, BGS, THW, Polizei und Feuerwehr bzw. Feuerwehr und Hilfsorganisationen) zu einer von den Verantwortlichen der Behörden und Organisationen getragenen Beschlussfassung zur Kooperation und Angebotsoptimierung in der PSNV der Einsatzkräfte geführt. Innerhalb der Behörden überwog bis 2003 die einseitige Dienstleistung durch die Berliner Feuerwehr. Insbesondere in der Qualifizierung für Fragen der PSNV wurde Vernetzungsbedarf angemeldet ebenso wie in der organisationsübergreifenden Koordinierung in der Großschadens- und Katastrophenlage. Innerhalb des THW und des Zollfahndungsamtes gab es kein Team. In den Hilfsorganisationen lagen bei ASB, DRK und MHD verbandsinterne überregionale Regelungen auf Bundesebene vor. Die Anzahl der E(K)NTs innerhalb der Hilfsorganisationen in Berlin war dagegen zu gering. Auch hier wurde auf die Durchführung gemeinsamer Qualifizierungsmaßnahmen mit dem Ziel der Ressourcenersparnis fokussiert (Vernetzungsdruck). Fragen der strukturellen Einbindung (z.B. durch einen organisations- und behördenübergreifenden und inhaltlicher Austausch über Qualifikationsinhalte) standen/stehen in beiden Arbeitskreisen im Vordergrund, insbesondere die Klärung von Zuständigkeiten in der Koordination, um die Beauftragung durch unqualifizierte Personen langfristig ausschließen zu können. Zwischen den Beteiligten BOS gelang es leicht, einen Austausch über vorhandene Einsatznachsorgetressourcen und Ausbildungsinhalte zu führen.

In Berlin gehen somit die Initiativen zunächst aus einer Behörde hervor, die für ihre Einsatzkräfte ein PSNV-Angebot vorhält, das aber den Bedarf anderer Behör-

den nicht decken kann. Beklagt wird von den Verantwortlichen der BOS mit noch bestehender PSNV-Unterversorgung allerdings das Fehlen von Bedarfszahlen, mit denen die Zielgröße notwendiger PSNV-Angebote bestimmt werden könne. Die Vernetzungsinitiative, von den Verantwortlichen getragen, soll nun behörden- und organisationsinterne Top-Down-Prozesse in Gang setzen; hausinterne Lösungen für die eigenen Einsatzkräfte werden gesucht. Die Sensibilisierung und Akzeptanzsicherung auf Seiten der Führungskräfte und der politisch Verantwortlichen kann als weit fortgeschritten betrachtet werden, jedoch sind Formen des alltäglichen Miteinanders auf der Arbeitsebene der Teams nur wenig entwickelt. Der Austausch über die inhaltliche Ausrichtung und das Vorgehen anderer Debriefingleiter und psychosozialer Fachkräfte konnte aufgrund der starken strukturellen Trennung der Behörden bislang nicht bewerkstelligt werden. Während der Laufzeit des Netzwerk-Projekts traten folgende Veränderungen ein:

- Zusammenführung von Alarmierungslisten der Arbeitskreismitglieder auf Landesebene;
- Einigung der ENTs auf einen gemeinsamen CISM/SbE-Standard;
- Treffen der Debriefingleiter fanden statt und trugen zu wechselseitigem Kennenlernen und bereicherndem Austausch bei;
- Bundeswehr, THW und Hilfsorganisationen qualifizieren gemeinsam ENTs;
- Personen, die sowohl den Netzen zur Einsatznachsorge als auch der Notfallnachsorge/Krisenintervention angehören, brachten im Kontext des projektbegleitenden Arbeitskreises Informationen aus der Vernetzung zwischen den Kriseninterventionsdiensten und Notfallseelsorge-Angeboten ein;
- Die vom Netzwerk-Projekt nach Auswertung der Interviews betonte Notwendigkeit, eine *Gesamtstruktur* in der Großschadens- bzw. Katastrophenlage mit getrennten Unterabschnitten Opfer/Angehörige sowie Einsatzkräfte zu definieren und dazu im Vorfeld auch Absprachen mit dem System der Opfer-, Angehörigen- und Hinterbliebenenhilfen zu treffen, stieß zunehmend auf Zustimmung;
- Krisenintervention im Rettungsdienst (JUH, MHD e.V.) und Notfallseelsorge gründen einen gemeinsamen Arbeitskreis und vereinbaren eine jährliche Arbeitstagung;
- JUH Landesverband Berlin/Brandenburg, Kreisverband Berlin, Erzdiözese Berlin des MHD e.V. und die Kirchen unterzeichnen eine gemeinsame Vereinbarung zur Notfallseelsorge zur gemeinsamen Ausbildung von Krisenhelfern;
- Auf der im 21. April 2004 durch das Netzwerk-Projekt initiierten Expertentagung mit einem sehr weit gefassten Teilnehmerkreis (Feuerwehr, Rettungsdienste, Bundeswehr, Polizei, BGS, Auswärtiges Amt, Verkehrsbetriebe, privatwirtschaftliche Krisenmanagement-Anbieter, Notfallseelsorge, Krisenintervention, Berliner Krisendienst und psychosoziale Regelversorgung, ärztliche und psychologische Traumatherapeuten, Psychotherapeutenkammer, Sozialversicherung) gründet sich ein gemeinsamer Arbeitskreis Opfer-Angehörigen- und Hinterbliebenenbetreuung, dessen vorläufige Koordinierung die

Vertreterin des MHD übernimmt, die zugleich Mitglied in drei getrennten Netzen ist (projektbegleitender Arbeitskreis, Notfallseelsorge/KIT, Ressort-übergreifender AK der Senatsverwaltung des Innern);

- Der Berliner Krisendienst wird als Brücke zwischen Notfallversorgung und Regelversorgung mit umfassendem Netzwerkwissen und flächendeckendem System in Berlin erkennbar.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in Berlin aus einer „versäulten Struktur“ ein Netzwerk zwischen persönlich im Kontakt stehenden Personen aus unterschiedlich zuständigen Segmenten entstanden ist, wobei nun die unabhängig voneinander arbeitenden Netzwerke als zunehmend gleichberechtigte „Organisationsformen“ in interorganisatorischen Kontakt treten können. Voraussetzung dazu war die zunehmende Einschätzung, dass fachlicher Austausch auch gewinnbringend sein kann, und dass neue getrennte Zuständigkeiten im Einsatz eindeutig vereinbart wurden.

10.3.3 Sachsen-Anhalt und Berlin im Vergleich

Vergleicht man die *Ziele* und *vereinbarten Schritte* in den Ländern, dann wird erkennbar, dass in dem vergleichbar kurzen Zeitraum (im Verhältnis zur Gesamtzeit der Sensibilisierung für die Belastungen der Einsatzkräfte von ca. 10 Jahren), in dem es zur übergreifenden Zusammenarbeit zwischen den Behörden und Organisationen gekommen ist, sehr spezifische Umsetzungspläne entwickelt wurden, die sich aus der länderspezifischen Bestandsaufnahme ergeben. Vergleicht man die beiden Ausgangsbedingungen in Berlin und Sachsen-Anhalt, dann wird erkennbar, dass unterschiedlich günstige Ausgangskonstellationen – im Alltag erprobte Zusammenarbeit einerseits, strukturelle Vereinbarungen auf der Ebene der Spitzenvertreter von Behörde und Organisationen andererseits – einem jeweils spezifischen Handlungsbedarf gegenüber stehen, der in jeder Hinsicht mit der Öffnung von Begrenzungen ministerieller-, behörden- und organisationsintern aufgebauten Strukturen zusammenhängt; in Sachsen-Anhalt wird dabei eher „um Einlass gebeten“, in Berlin öffnen sich die Türen der Behörden und Organisationen eher „von innen nach außen“. Interessant erscheint auch die Bedarfsfrage: in Sachsen-Anhalt ist ein in keinem Fall gedeckter Bedarf gegenwärtig der Motor für Verhandlungen und das „Dass“. In Berlin dagegen geht es schon um konkrete Fragen des „Wie(viel)“ und „Wer“. In Berlin öffnen sich voneinander getrennte BOS-interne Strukturen einer horizontalen Vernetzung, um zu einer gemeinsamen Infrastruktur zu gelangen. In Sachsen-Anhalt entstehen zunächst neue Segmente in einem bislang sehr undifferenzierten PSNV-Netz, um diese in eine Infrastruktur mit höherem Organisationsgrad zusammen zu führen.

Mit dieser exemplarisch-vertiefenden Beschreibung von Ausgangsbedingungen, Zielen und Schritten in den Modellländern sollten Konstellationen erkennbar werden, die so oder ähnlich auch in anderen Bundesländern Ansatzpunkte für Veränderungsbedarfe und Entwicklungsprozesse, aber auch für den Erhalt von Kooperationsressourcen erkennen lassen. Es wird auch erkennbar, dass die Rol-

len externer und interner Motoren des Veränderungsprozesses unterschiedlich definiert werden können, ohne dass diese in Konflikt geraten müssen: in Sachsen-Anhalt stellt der projektbegleitende Arbeitskreis, eingeladen durch das Netzwerk-Projekt, zugleich das Forum für Austausch und Vereinbarungen dar, während er in Berlin eher als fachlicher Impuls ergänzend zu bereits von den Organisationen geschaffenen Foren verstanden werden kann. In beiden Modell-Regionen behalten die bereits in den Ländern aktiven Schlüsselpersonen ihre Bedeutsamkeit im Veränderungsprozess, so dass es nicht zu Wahrnehmungen von Dominanz durch die auf bundesweite Strukturierung zielende Projektzielsetzung kommt.

Erkennbar ist hier auch: Vernetzung, insbesondere umfassende persönliche Vernetzungsarbeit ersetzt keine Strukturen und Strukturen ersetzen persönlichen Austausch nicht. Die Zusammenführung von Informationen ist – ohne einheitliche Standards der Erfassung – mühselig und langwierig. Segmentierung mit klaren Zuständigkeiten erleichtert die Definition weiterer Arbeitsschritte hin zu einer Gesamtstruktur. Bis zur „Erfindung“ von Strukturen für Vereinbarungen ist es ein beschwerlicher Weg. Und – wieder einmal: Vernetzung ist Arbeit.

10.4 Vernetzungsformen in anderen Bundesländern

Um die Empfehlungen für die Vernetzung der PSNV im Bundesgebiet nicht ausschließlich auf der Basis der in den beiden Modellländern begleiteten Vernetzungsprozesse vorzunehmen und um Übertragungsmöglichkeiten von notwendig erachteten Schritten auf andere Bundesländer prüfen zu können, wurden Gespräche mit sogenannten *Schlüsselpersonen von Vernetzungsprozessen* in allen Bundesländern geführt. Zudem wurde ein erstes Gespräch im benachbarten europäischen Ausland geführt; weitere Gespräche wurden jedoch angesichts der Beobachtung der zunehmenden europäischen Abstimmung zwischen den Innenministerien auf europäischer Ebene erst im Kontext weiterer Umsetzungsaktivitäten für sinnvoll erachtet. Die Auswahl erfolgte nach – durchaus methodisch angreifbaren – Empfehlungen von Dritten, i.d.R. überregional agierenden Vertretern von PSNV-Anbieterorganisationen Personen, die koordinierend bereits an verschiedenen Orten der Bundesrepublik tätig wurden, Personen, die im eigenen Bundesland vernetzend aktiv sind und länderübergreifenden Austausch ins Nachbarland pflegen, oder aber Personen, die in den Ländern der untersuchten Großschadenslagen koordinierend tätig waren. Auch wurden die Ländervertreter im projektbegleitenden Arbeitskreis des Bundes einbezogen. Dabei spielte auch die Häufigkeit der Nennung von verschiedenen Personen eine Rolle, so dass davon ausgegangen werden konnte, dass – wenn diese Personen im Sinne soziometrischer Nominierungen häufig genannt werden – es sich um Personen handelt, die stern- oder radförmig zentrale Positionen in der Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren einnehmen. Zentrales Auswahlkriterium war die wahrgenommene Bedeutung dieser Personen für landesweite Vernetzungsprozesse.

Das Ziel dieser Gespräche bestand *nicht* darin, eine vollständige Akteurs- und PSNV-Angebotserhebung durchzuführen – die Erfahrungen in den Modell-Län-

dern hatte Bescheidenheit gelehrt. Vielmehr bestand das Ziel darin, unterschiedliche Varianten von Vernetzungen und die darin entstehenden Leistungen zu betrachten. Auch interessierten die Wege, die bei Vernetzung beschritten wurden.

Die Gespräche wurden durch einen Interviewleitfaden strukturiert, der als Grundlage der halbstandardisierten „Tiefeninterviews“ diente und der – in Abhängigkeit von mehr oder weniger formalisierten Vernetzungsmodellen – den länder-spezifischen Gegebenheiten flexibel angepasst wurde. Erfragt wurden die – aus der Sicht der Gesprächspartner erkennbaren und eingebundenen – *Akteure*, die *Kooperationsformen* sowie die *verabredeten Koordinierungsstrukturen*. Die Gespräche fanden überwiegend im letzten Drittel der Projektlaufzeit statt.

Persönliche Netze

Alle Gesprächspartner pflegten in unterschiedlich ausgedehnten Kommunikationsfeldern persönliche, informelle Beziehungen, die ihnen einen persönlichen, unkomplizierten Zugang auf kurzem Wege zu organisationsinternen Wissensstrukturen ermöglichten, die qualifizierte Weiterverweisung (Wienberg, 1993) und Vermittlung von belasteten Einsatzkräften in notwendige Hilfe erleichterte, Erfahrungs- und Kompetenzaustausch ermöglichte und Einbeziehung eines durch Knotenpunkte indirekt erreichbaren (Kompetenz)Netzwerkes erlaubte. Das eigene Referenzsystem (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, SBE e.V., Kirchen/NFS, Krisenintervention) war erwartungsgemäß hoch differenziert darin abgebildet. Persönliche Netze scheinen dabei die *Basis* für weitergehende Formen der Kooperationsbeziehungen und organisationsübergreifende, bilaterale oder multiple Kooperationsformen zu sein. Sie ermöglichen die Aktivierung von einzelnen Personen für weitergehende Strukturierungen. Sie erlauben auch den schnellen Informationstransfer jenseits von hierarchischen Informationswegen innerhalb der Organisationen „nach Kleiderordnung“. Diese persönlichen Netze waren sowohl *horizontal* (zwischen Kommunen, länderübergreifend, anbieter- oder organisations-systemübergreifend) als auch *vertikal* geknüpft (hinsichtlich der politischen Gliederungen (Ministerien der Länder und des Bundes, Landes- und Bundesverbände) ausgedehnt. Bei *keinem* dieser gepflegten Vernetzungssysteme kann nach unserer Kenntnis davon ausgegangen werden, dass es *vollständig* alle Akteure der PSNV und Kooperationszusammenhänge in einem Bundesland abbildet. Im Folgenden werden Varianten der Zusammenarbeit aufgezeigt, die aus Sicht des Netzwerk-Projekts in Zielen und Prozessen Gemeinsamkeiten aufweisen; die Benennung dieser Formen sind jeweils als „Arbeitsbegriffe“ zu werten; die Nennung von konkreten Umsetzungen erfolgt beispielhaft, nicht vollständig.

Vielfältige Varianten von mehr oder weniger verzweigten, vertikal oder horizontal umfassenden Formen des Austausches, mit einer eher flexiblen, dynamischen Organisationsform fanden sich in allen Ländern. Diese nahmen folgende Form an:

Plattformen

- Gemeinsame, organisationsübergreifende Durchführung von mehr oder weniger regelmäßigen *Arbeitstreffen* mit dem vorrangigen Ziel des *Austausches*

(z.B. ENTs – Berlin; KIT und Notfallseelsorge in Berlin/Brandenburg; Notfallseelsorge und Krisenintervention, Polizeiseelsorge – Saarland; Polizei-psychologischer Dienst und Kirchen – Hessen; Konvent der Beauftragten für Notfallseelsorge – Niedersachsen, Mitteldeutschland; Spitzenvertreter der Behörden und Organisationen – Berlin; Leiter der KIT und Notfallseelsorge-Teams – Saarland; KIT-Treffen – Baden-Württemberg).

- Gemeinsame, organisationsübergreifende Durchführung von mehr oder weniger regelmäßigen *Tagungen* mit dem Ziel des *Informationstransfers und des Fachaustausches* (z.B. KIT-Treffen – Wien; Verband für Notfallseelsorge und Krisenintervention in Mitteldeutschland – Sachsen-Anhalt).
- *Foren* zu definierten Methoden (z.B. Einsatznachsorge, NFS, Psychotraumatologie – Saarland, Rheinland-Pfalz).
- *Forschungsbegleitung* (z.B. Forschungsrichtlinien – Wien; Forschungsbegleitung – Rheinland-Pfalz; Qualitätsstandards – Hamburg).

Arbeitskreise mit dem Ziel der Vereinbarung verbindlicher Strukturen und Abläufe

- *Erarbeitung von Ausbildungsrichtlinien* (z.B. DRK-Feuerwehr – Baden-Württemberg; Einsatznachsorge, Behörden – Berlin; Einsatznachsorge und Krisenintervention – Hamburg; Opfer- und Angehörigen- und Hinterbliebenenbetreuung, Kirchen, nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr – Thüringen; Fachberater Notfallseelsorge – Niedersachsen; Notfallseelsorge und Krisenintervention – Saarland; Landesarbeitsgemeinschaft Notfallbegleitung – Mecklenburg-Vorpommern; KIT und Gesundheitsressort – Wien).
- *Erarbeitung von Kooperation und Koordination im Einsatz* (z.B. Arbeitskreis Großschadenslagen – Bayern; KIT, Notfallseelsorge – Berlin-Brandenburg; Polizei-psychologischer Dienst und Notfallseelsorge – Hessen; Arbeitskreis Psychosoziale Unterstützung – Nordrhein-Westfalen; ENTs – Berlin; Interdisziplinäre Arbeitsgruppe – Bremen; Kreissprecher und KIT/Notfallseelsorge – Saarland; Landkreise und KIT/Notfallseelsorge – Baden-Württemberg; Überregionale KITs – Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen); Landesarbeitsgemeinschaft Notfallbegleitung – Mecklenburg-Vorpommern).

Vereinbarungen und Beschlüsse als verbindliche Varianten der Vernetzung finden sich hinsichtlich Finanzierung (z.B. Krisenintervention – Mecklenburg-Vorpommern; Wien), Pflichtversorgung (Staatskirchenerlass – Hessen), Leitung in Großschadenslagen (Gesundheitsministerium – Nordrhein-Westfalen) sowie Koordination aller PSNV-Maßnahmen (Sachsen), als Ergebnis von überbehördlichen Arbeitskreisen und Austausch mit politischen Ebenen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dort, wo eine weit fortgeschrittene Zusammenarbeit zwischen polizeilicher und nicht polizeilicher Gefahrenabwehr oder gar zivilmilitärischer Abwehr *und* politischer Ebene *und* Opfer-, Angehörigen-, Hinterbliebenen- bzw. Einsatzkräftebetreuung vorhanden ist, abgestimmte oder gar verbindlich vereinbarte *und* institutionalisierte *und* zudem anbieter- und

nutzerübergreifende arbeitende Netzwerk-Strukturen der PSNV existieren, diese unterschiedliche Arten von Zusammenschlüssen auch unterschiedliche Netzwerk-Leistungen hervorbringen: Austausch auf Foren und Plattformen, Entwicklung von Strukturen und Vorbereitung von Vereinbarungen in Arbeitskreisen, Informationstransfer auf Tagungen sowie Abstimmung und Vereinbarung auf der Ebene von Spitzenvertretern der Behörden, Organisationen und politischen Gliederungen. Diese Organisationsformen laufen nicht notwendig in einer zeitlich aufeinanderfolgenden Sequenz ab. Je zielorientierter es um hierarchisch verankerte strukturelle Einbindung geht, umso kleiner ist der Kreis der sich austauschenden Personen.

Das hier geschilderte Bild mag verzerrt und unvollständig sein durch die Auswahl der Interviewpartner, durch ihre jeweilige Sicht oder die halbstrukturierte Interviewdurchführung. Es kann auch bedeuten, dass es in unterschiedlichen Teilstrukturen der PSNV unterschiedliche Knotenpunkte (Schlüsselpersonen) geben kann, zwischen denen feste Brücken der Zusammenarbeit noch nicht gebaut sein müssen. Das macht aber zugleich deutlich, dass die Schwierigkeit, Kenntnisse über bestehende Kooperationssysteme zu erlangen ähnlich groß ist, wie die, alle PSNV-Anbieter und ihre Angebote zu erfassen.

D.h. auch lebendiger Austausch benötigt für Öffnung und Weiterentwicklung verlässliche und gut zugängliche Daten.

10.5 Empfehlungen

Als Instanzen der Vernetzung wurden bisher in diesem Bericht auf der Ebene des Bundes das Kompetenzzentrum des BBK (s. 7.2.1), auf der Ebene der Bundesländer die Einrichtung eines Landesbeauftragte PSNV (s. 7.2.3) und auf der Ebene der BOS die Installation eines PSNV-Beauftragten in den BOS vorgeschlagen (s. 7.2.4.).

Im Folgenden werden ergänzend die Einrichtung einer Informations- und Kommunikationsplattform auf der Bundesebene und die Einrichtung von Landesarbeitskreisen/ oder -foren sowie regelmäßigen Fachtagungen vorgeschlagen.

10.5.1 Zentrale Informations- und Kommunikationsplattform beim BBK

Es wird vorgeschlagen, am Zentrum Krisenmanagement im Fachbereich PSNV, eine Informations- und Kommunikationsplattform einzurichten und zu pflegen. Als Informationsaufgabe kann sie mit der Pflege der bundesweiten PSNV-Datenbank zusammengeführt werden. Personelle Voraussetzungen sollten dafür bereit gestellt werden. Diese Plattform sollte folgende Funktionen ermöglichen und dabei bereits bestehende Informationssysteme zielgerichtet zusammenzuführen:

- *Newsgroups und Mailinglisten auf der Ebene des Bundes und seiner Informationsangebote und -dienste:* Verbreitung von Informationen aus dem Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes und dem Gesundheitswesen mit europäischer und nationaler Bedeutung (analog BMI-Mailingslist);
- *Newsgroups und Mailinglisten auf der Ebene der Bundesländer und ihrer Informationsangebote und -dienste:* Aktuelle Informationen, Personalien und Hinweise auf aktualisierte Daten mit jeweils landesspezifischer Bedeutung;
- *Fachwissenschaftliche und anbietersystembezogene Newsgroups und Mailinglisten:* Verbreitung von Fachinformationen in den Bereichen Einsatznach- und Notfallnach- sorge im breiten Spektrum der PSNV-Angebote und PSNV-Anbieter, Psychotraumatologie, Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Gesundheitswissenschaften;
- *Fachspezifische, anbieter-, aufgaben- und länderspezifische Diskussionsforen:* Einstellen von Dokumenten, Austausch und Diskussion. Arbeit an gemeinsamen Projekten;
- *Forum der Landesbeauftragten PSNV:* Mitteilungen, Austausch und Arbeit an gemeinsamen länderübergreifenden Projekten;
- *Tagungsankündigungen;*
- *Archivierung relevanter Pressemitteilungen und Dokumente;*
- *Links zu allen Institutionen und Organisationen sowie Links zu relevanten Publikationsorganen;*
- *Bereitstellung von Ressourcen für Videokonferenzen.*

Die Begründung für diese Empfehlung liegt auf der Hand, berücksichtigt man zum einen den raschen Wissenszuwachs im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes in Europa sowie in den Fachwissenschaften, zum anderen aber auch die Komplexität des Feldes und die Vielzahl der Personen und Institutionen, die auf dem Feld der PSNV wirken. Bundesweiter Austausch ist so ebenfalls möglich. Sicherheitsrelevante Bereiche sind selbstverständlich auf der offenen Plattform ausgeschlossen, könn(t)en aber bei eingeschränkter Zugangsberechtigung (Intranet) ebenso ausgetauscht werden, wie die begrenzt zugängliche bundesweite PSNV-Datenbank. Zugleich löst die Plattform das Netzwerk-Versprechen einer hohen Transparenz ein, das bislang noch nicht interorganisatorisch eingelöst wurde. Als Beispiele der Bereitstellung und Aktualisierung komplexer Informationen aus der Sicht *einzelner Institutionen* oder Dachorganisationen in der PSNV sowie als Dienstleistung zum Kontakt mit anderen Akteuren, können folgende Websites genannt werden:

- www.nofallseelsorge.de;
- www.sbe-ev.de;
- www.traumanetzwerk.de;
- www.degpt.de;

- www.emdria.de;
- www.kfs.uni-kiel.de.

Sie bieten jedoch in der Regel – bis auf die Kontakt-Mail – nur abrufbare Informationen und links. Ein Austausch ist (mit Ausnahme des gesonderten Intranet-Zugangs in der DeGPT) nicht möglich. Die Plattform **deNis** *könnte* als Hintergrund dienen, erfüllt diese komplexe Aufgaben jedoch bei weitem noch nicht; auch hier dominieren Links und Informationen aus der Perspektive des BVA/BBK. Austausch und Einstellung von Information von außen sind dort nach unserer Kenntnis noch nicht möglich.

Als **Beispiele** äußerst gelungener Vernetzung von Fachwissenschaftlern, Behörden und politischen Ebenen, Initiativen, Institutionen und Personen können hier genannt werden:

www.uminfo.de: Das Fachnetz für Umweltmedizin, Allergologie, Pädiatrie, Dermatologie und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (UMINFO) verbindet Fachleute für Umweltmedizin, Ökologie, Allergologie, Pädiatrie und Dermatologie, Aufsichtsbehörden und Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die (Fach)Presse. Es integriert so differenzierte Systeme wie Umweltmedizinische Informationsforen, das Robert-Koch-Institut, das Netzwerk Bioterrorismus, die Aufsichtsbehörden im Gesundheitswesen (wie Bundesamt für Strahlenschutz), das Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt u.v.m. und ermöglicht den Austausch in diversen Intranets (z.B. Kinder- und Jugendärzte). Es besticht durch seinen sehr komplexen und zugleich sehr übersichtlich gestalteten Aufbau, seine hohe Nutzerfreundlichkeit (die z.B. darin besteht, über Änderungen in ausgewählten Foren per eMail informiert zu werden, ohne zugleich die Information auf den Rechner zu bekommen), seine Aktualität und Qualität der Beiträge. Es zeichnet sich zudem durch eine äußerst gepflegte Net-ikette aus.

www.dnbgf.de: Das „Deutsche Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ ist weit weniger komplex, bietet jedoch ein Diskussionsforum, News, Termine und Fachtagungsmittelungen, Presseinformationen im interdisziplinären Raum der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften und Betriebe.

Diese beiden Beispiele mögen hier genügen, um deutlich zu machen, das nicht-hierarchische, transparente, informationsreiche und dennoch zentrale Information und Austausch in sehr komplexen, interdisziplinären und zwischen organisatorisch weitverzweigten Organisationen mit geringem Aufwand der Nutzer möglich ist. Auf Seiten des BBK entstünden jedoch die Kosten der Einrichtung und Pflege, die aus der Sicht des Netzwerk-Projekts als Investitionen in ein Netzwerk PSNV auf Bundesebene dringend empfohlen werden.

10.5.2 Landesarbeitskreis und Jahrestagung

Die Erfahrungen in allen Bundesländern, insbesondere aber in den beiden Modellländern zeigen, dass eine Verringerung von Barrieren der Zusammenarbeit durch regelmäßige Begegnung von Personen erreicht werden kann, die die PSNV in ihren Behörden und Organisationen und auf der politischen Ebene organisieren sowie als PSNV-Anbieter von Einsatz- und Notfallnachsorge tätig sind.

Es empfiehlt sich, im Fachaustausch und in der Planung von Strukturen die *Systeme der PSNV für Einsatzkräfte sowie für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene zusammenzuführen*, um im Alltag bereits Schnittstellen abzubauen, die in der Großschadens- bzw. Katastrophenlage die Zusammenarbeit erschweren würden. Auch sollten die Systeme der *polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr* zusammengeführt werden.

Im Hinblick auf die Fußball-Weltmeisterschaft 2006 empfiehlt es sich, sehr rasch je einen *Landesarbeitskreis* in jedem Bundesland, moderiert durch die Landesbeauftragte PSNV einzuberufen, in dem Vertreter der BOS, der Innenbehörden, der Gesundheitsbehörden und der PSNV-Anbietersysteme vertreten sind. Hier ist das Ziel vor allem die Abstimmung in Fragen der Organisation und Entwicklungsarbeit. Unserer Erfahrung nach ergibt sich hier auch zunächst einmal ein vollständiges Bild der Akteure im engeren Kreis der Expertengruppen 1 und 2. Sollte es die von allen als solche bereits anerkannte „Schlüsselperson für Vernetzung“ in einzelnen Ländern noch nicht geben, könnte aus diesem Kreis heraus ein Vorschlag für den Landebeauftragten PSNV gemacht werden.

Wechselseitige Amtshilfe in der Ausbildung der Einsatzkräfte, Abgleich von zunächst noch getrennt geführten Alarmierungslisten, Verständigung über Abläufe sowie Inhalte der Nachsorgequalifikationen können hier – noch vor der Etablierung bundeseinheitlicher Mindeststandards – zu Harmonisierungen, aber auch zur Herausarbeitung der jeweiligen Besonderheiten in Selbstverständnissen, aber auch innerhalb der BOS-internen Organisation beitragen. Wechselseitige persönliche Kenntnis erleichtert auch die Zusammenarbeit im Einzelfall, wenn beispielsweise ein geeigneter Ansprechpartner für Aufgaben in der Tertiärprävention oder ein fachwissenschaftlicher Experte gesucht wird. Es besteht die Chance, zunächst persönliches Netzwerk- und Versorgungswissen zusammen zu führen. Zugleich kann der Landesbeauftragte PSNV als Ansprechpartner und „Institution“ etabliert werden.

Als Landesbeauftragte PSNV sollten solche Personen und Institutionen fungieren, die über die o.g. Netzwerkkompetenzen verfügen und das Vertrauen der Vertreter der BOS und Politischen Ebene genießen. Ausgesprochene Solisten, „Bewältigungsstars“ (Waterstraat, 2003, S. 12), und Polarisierer werden eher zur Intensivierung von Konkurrenz beitragen. Diese Treffen sollten 2-4 mal jährlich stattfinden, zunächst nicht häufiger, um menschliche Ressourcen nicht auf Sitzungsmarathons zu verbrauchen oder am „langsamen Fortschritt“ zu ermüden. Sie werden automatisch häufiger stattfinden, wenn die Zusammenarbeit von den Beteiligten auch persönlich oder als Vertreter ihrer Institution bereichernd erlebt

werden. Diese Treffen stehen somit im Zeichen der *strukturellen Verankerung* und *Organisation von PSNV*.

Empfohlen wird auch, *Treffen aller Einsatznachsorgenden* bzw. *Leiter von KIT und Notfallseelsorge-Teams* im selbstgewählten Rhythmus stattfinden zu lassen. Die ganz konkreten Probleme und der Austausch zum Teil höchstpersönlicher Lösungen bereichern all jene, die wirklich die Arbeit machen und stärken die Potenziale abgestimmter *Zusammenarbeit* bei Einzelereignissen, Großschadens- oder Katastrophenlagen.

Zur gemeinsamen Fortbildung sollte eine *jährliche organisationsübergreifende Fachtagung mit definiertem Themenschwerpunkt* auf Landesebene durchgeführt werden. Der Impuls dazu sollte beim Landesbeauftragte PSNV liegen, die Ausrichtung sollte dagegen rotieren, um die Gastgeber-Stärken der jeweiligen Institutionen zeigen bzw. genießen zu können. Innerhalb der jeweiligen Häuser bewirken sie – bei aller Arbeit – aber auch soziale Kohärenz und Selbstverständigung, die im Alltag „älter werdender Beziehungen“ in den Organisationen häufig zu kurz kommen müssen. Der Gewinn kann auf der Ebene der Stärkung sozialer Ressourcen in den Organisationen gesehen werden, aber auch auf der Ebene des Empowerments einzelner, vielleicht sonst eher weniger in Erscheinung tretender Personen. Ziel dieser jährlichen Fachtagungen sollte auch die Einbeziehung des erweiterten Kompetenznetzwerkes (also auch psychosoziale Regelversorgung und Krisendienst, Psychiatrien und Unfallkrankenhäuser) sein, sowie die Anreicherung durch regionalen oder überregionalen Sachverstand. Dabei empfiehlt sich auch die Einbeziehung von Praktikanten und Studierenden der umliegenden Hochschulen des Landes, die Tagungsmanagement als Basiskompetenz erwerben können. Die Zusammenarbeit mit den Hochschulen des Landes kann dabei ebenso gestärkt werden.

Eine sukzessive Einrichtung von Landesarbeitskreis, Landeszentralstelle PSNV, Teamtreffen und Fachtagung empfiehlt sich, um die Akzeptanz für diese Austauschgelegenheiten langsam wachsen zu lassen und sparsam mit dem Sozialkapital der Engagierten umzugehen.

11. Abschlussbemerkungen

Ziel des Vorhabens war die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Fach- und Organisationskonzeptes zur strukturellen Einbindung der PSNV für Einsatzkräfte der Hilfsorganisationen, der freiwilligen und Berufsfeuerwehren sowie des THW. Es sollten Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation der Psychosozialen Notfallversorgung erarbeitet werden. Dabei sollten die Empfehlungen, bundesweite Standards und regionale bzw. trägerspezifische Freiheitsgrade zugleich beschreiben.

Die hier vorgelegten Ergebnisse beschreiben Ebenen, auf denen näher bezeichnete strukturelle Vereinbarungen für die strukturelle Einbindung der PSNV in der Großschadens- und Katastrophenlage und im Vorfeld erzielt, Qualitätsstandards für ein sehr breites Spektrum an PSNV-relevanten Qualifikationen vereinbart sowie Strukturen für einen zentralen Verständigungsprozess und Informationstransfer als eine Vernetzungsvariante implementiert werden können. Sie zeigen auf, wie eine systematische und bundeseinheitliche Erfassung von PSNV-Kräften erreicht werden kann. Sie erweiterten das Verständnis der Maßnahmen vor allem in der Primärprävention.

Die Empfehlungen beschreiben auch Formen, wie jenseits von institutionellen Strukturen interpersoneller und interorganisatorischer Austausch stattfinden kann. Dabei werden die Ebenen des persönlichen Austausches von denen eines umfassenden und raschen Informationstransfers getrennt betrachtet.

Es werden insbesondere Empfehlungen gegeben, die im Rahmen der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung die Bund-Länder-Zusammenarbeit stärken können. Es wird besonderer Wert auf die Etablierung transparenter, harmonisierter Strukturen gelegt, die zugleich länderspezifische und innerbehördliche Freiheitsgrade erhalten.

- Sollten diese Empfehlungen aufgegriffen werden, stellen sich nach Aussagen der Mitglieder der projektbegleitenden Arbeitskreise der Länder folgende prioritäre Aufgaben in der Umsetzung der Empfehlungen:
- Klärung finanzieller Fragen hinsichtlich Ausbildung der PSNV-Kräfte und Primärprävention;
- Vereinbarung von Strukturen der PSNV-Einbindung in der Großschadens- und Katastrophenlage;
- Implementierung des Akkreditierungsausschusses;
- Einrichtung einer bundesweiten PSNV-Datenbank nach bundeseinheitlichen Erfassungsstandards;
- Einsetzung von Landesbeauftragten PSNV/Einrichtung von Landeszentralstellen PSNV;
- Flächendeckende Qualifizierung für Funktionen im PSNV-Management.

Allen, die an der Entwicklung dieser Empfehlungen in Interviews, Arbeitskreisen und persönlichen Gesprächen, durch das Ausfüllen umfangreicher Fragebögen, bei der Verteilung von Fragebögen und Erfassungsbögen, in der (gemeinsamen) Ausrichtung von vernetzenden Tagungen und Treffen, in den Ministerien und Senaten, Behörden und Organisationen, in der Zentralstelle für Zivilschutz bzw. im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sowie an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz, im Beschaffungsbüro und in der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) durch ihre Unterstützung mitbeteiligt waren, sei an dieser Stelle ein herzlicher Dank ausgesprochen. Dieser Dank gilt auch allen wissenschaftlichen und studentischen Mitarbeitern im Netzwerk-Projekt.

12. Literaturverzeichnis

- Ackermann, P. (1999). Der interventionsfähige Bürger als zukunftsfähiges Leitbild. In Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Der Bürger im Staat. Auf dem Weg zur Zivilgesellschaft. 50 Jahre Bundesrepublik*. <http://www.bk-stiftung.de/bericht/Linkslinks.htm>. [Zugriff am: 16.05.2001, 19:32 Uhr].
- Albus, C. & Siol, T. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung. In W. Keller, H.-H. Studt & H.-C. Deter (Hrsg.), *Psychosomatik in den medizinischen Fachgebieten* (S. 219-227). Frankfurt am Main: VAS.
- Alexander, D.-A. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well being. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 76-81.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- APA (American Psychiatric Association) (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV* (Übersetzung nach der 4. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe Hochwasser im Land Sachsen-Anhalt (2002). Hochwasser 2002 im Land Sachsen-Anhalt. http://www.inneres.sachsen-anhalt.de/min/r25/download/hochwasser/bericht/_hw2002.pdf. [Zugriff am: 14.07.2004, 13.23 Uhr].
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) – *Verordnungen und Richtlinien*. München: Beck.
- Armstrong, K., Zatzick, D., Metzler, T., Weiss, D.S., Marmar, C.R., Garma, S., Ronfeld, H. & Roepke, L. (1998). Debriefing on American Red Cross personnel: Pilot study on participants evaluations and case examples from the 1994 Los Angeles earthquake relief operation. *Social Work in Health Care*, 27, 33-50.
- Bärenz, P., Grieshaber, R., Marquardt, E. & Keim, B. (1994). *Mentale Belastung am Arbeitsplatz. Probleme der Definition und Messung*. Heidelberg: Asanger.
- Bales, R.F., Strodtbeck, F.L., Mills T.M. & Roseborough, M.E. (1951). Channels of communication in small groups. *American Sociological Review*, 16, 461-468.

- Balint, M., Ornstein, P.H. & Balint, E. (1972). *Fokalthherapie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ballstaedt, S.P. & Mandl, H. (1982). *Elaborationen. Probleme der Erhebung und Auswertung* (Forschungsbericht Nr. 18). Tübingen: Universität.
- Barth, J., Bengel, J., Frommberger, U. & Helmerichs, J. (2001). Psychologische Nachsorgeangebote – Erfahrungen aus der Einsatznachsorge in Eschede (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind* (S. 37-39). Berlin: Eigenverlag.
- Bartone, P.T., Ursano, R.J., Wright, K.M. & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Beerlage, I. (2003). *Annäherung an eine koordinierte, vernetzte, qualitätsgestützte Psychosoziale Notfallversorgung*. Vortrag gehalten anlässlich der „Konferenz der Beauftragten für Notfallseelsorge der Kirchenprovinz Sachsen“ Halle 23. April.
- Beerlage, I. (2004a). *Handlungslogiken, Expertisen und Vernetzung in der Psychosozialen Notfallversorgung*. Vortrag gehalten anlässlich des 15. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Berlin 5.-9. März.
- Beerlage, I. (2004b). *Empfehlungen und Zwischenergebnisse aus dem Bundesforschungsprojekt Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung*. Vortrag gehalten anlässlich des Expertenhearing zur Einsatznachsorge des Sächsischen Staatsministerium des Innern. Pulsnitz 26. April.
- Beerlage, I. (2004c). *Psychosoziale Notfallversorgung – Zum Stand der Qualitätssicherung und strukturellen Einbindung auf Bundesebene*. Vortrag gehalten anlässlich der Jahrestagung des Fachverbandes Notfallseelsorge und Krisenintervention in Mitteldeutschland. Halle (Saale) 26. Juni.
- Beerlage, I. & Fehre, E.-M. (Hrsg.). (1989). *Praxisforschung zwischen Intuition und Institution*. Tübingen: DGVT.
- Beerlage, I. & Grumm, D. (1985). Im Netz der Selbsthilfe. *Kursbuch*, 82, 91-104.
- Beerlage, I., Hering, T., Schmidt, J.-M. (2003). *Entwicklung von Standards und Empfehlungen für eine Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und*

Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Dritter Zwischenbericht September 2003. Magdeburg.

- Beerlage, I. & Hering, T. (2004). *Psychosoziale Notfallversorgung – von der Not-Lösung zur strukturierten Versorgung*. Symposium anlässlich des 15. Kongresses für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Berlin 5.–9. März.
- Beerlage, I. & Kleiber, D. (1990). *Stress und Burnout in der Aids-Arbeit*. Berlin: Sozialpädagogisches Institut.
- Beerlage, I. & Kleiber, D. (1991). Konflikte und Probleme professioneller Identität im Bereich (psycho)sozialer Dienstleistungserbringung. In U. Flick, E. Kardorff, H. Keupp, Z. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 327-330). München: Psychologie Verlags Union.
- Bengel, J. (Hrsg.). (1997). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer.
- Bengel, J. (2001). Psychologische Maßnahmen für Einsatzkräfte bei Katastrophen. Das Zugunglück in Eschede. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie* (S. 186-200). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. (Hrsg.). (2004). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bengel, J., Bordel, G. & Carl, C. (1998). *Psychische Belastungen beim Rettungspersonal*. (Schriftenreihe zum Rettungswesen Band 20). Nottuln: Verlags- und Vertriebsgesellschaft des DRK Landesverband Westfalen-Lippe.
- Bengel, J., Carl, C. (1997): Burnout. In: J. Bengel (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*, (S. 243-254). Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 25-44). Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Landji, Z. (1997). Posttraumatische Belastungsstörung. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 57-64). Berlin: Springer.
- Bengel, J., Singer, S. & Kuntz, V. (1997). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 39-56). Berlin: Springer.
- Bergold, J.B. & Filsinger, D. (1993). *Vernetzung psychosozialer Dienste*. Weinheim: Juventa.

- Bergold, J.B. & Zaumseil, M. (1989). Forschungsdienst Wedding. Versuch der Entwicklung eines gemeindepsychologischen Forschungszugangs. In I. Beerlage & E.-M. Fehre (Hrsg.), *Praxisforschung zwischen Intuition und Institution* (S. 137-149). Tübingen: DGVT.
- Binder-Kriegelstein, C. (1997). *Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes*. Wien: Eigenverlag.
- Binder-Kriegelstein, C. (2001). SbE und KIT in österreichischen Einsatzorganisationen. http://www.notfallpsychologie.at/fachartikel/status_qup.htm.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Braun, J. (1998). *Selbsthilfeförderung und bürgerschaftliches Engagement in Städten und Kreisen*. Bonn: BMFSFJ.
- Bromme, R. (1976). *Einführende Bemerkungen zum Problem der Anwendung psychologischen Wissens (Technologieproblem)*. Bielefeld: Universität, Institut der Didaktik der Mathematik.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)* (2004). Allgemeiner Teil. Grasberg bei Bremen: Schmidt.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz (2001). *Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind* (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Dortmund.
- Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) (Hrsg.). (2002). *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). Bonn: Eigenverlag.
- Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) (Hrsg.). (2003). *Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland* (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 4). Bonn: Eigenverlag.
- Butollo, W. (2002). Stressbewältigung und Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht. In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 67-83). Bonn: Eigenverlag.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003a)

- (Zwischenbericht März 2003). *Entwicklung eines praxisnahen, zielgruppenorientierten Anti-Stress-Trainingsprogramms zur primären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen auf der Grundlage einer systematischen Untersuchung der Wirksamkeit vorhandener Trainingskonzepte*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003b) (Zwischenbericht März 2003). *Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention (Intervention/Nachsorge) und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003c) (Zwischenbericht Juni 2003). *Entwicklung eines praxisnahen, zielgruppenorientierten Anti-Stress-Trainingsprogramms zur primären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen auf der Grundlage einer systematischen Untersuchung der Wirksamkeit vorhandener Trainingskonzepte*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003d) (Zwischenbericht Juni 2003). *Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention (Intervention/Nachsorge) und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003e) (Zwischenbericht September 2003). *Entwicklung eines praxisnahen, zielgruppenorientierten Anti-Stress-Trainingsprogramms zur primären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen auf der Grundlage einer systematischen Untersuchung der Wirksamkeit vorhandener Trainingskonzepte*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003f) (Zwischenbericht September 2003). *Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention (Intervention/Nachsorge) und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003g) (Zwischenbericht November 2003). *Entwicklung eines praxisnahen, zielgruppenorientierten Anti-Stress-Trainingsprogramms zur primären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen auf der Grundlage einer systematischen Untersuchung der Wirksamkeit vorhandener Trainingskonzepte*. München: Universität, Institut für Psychologie.

- Butollo, W., Krüsmann, M., Schmelzer, M., Karl, R. & Müller-Cyran, A. (2003h) (Zwischenbericht November 2003). *Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention (Intervention/Nachsorge) und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*. München: Universität, Institut für Psychologie.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Uchelen, A.J. van & Gersons B.P.R. (1998). Disaster-related post-traumatic stress in police officers. A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine, 14*, 143-148.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in Human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1999). *Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen*. Weinheim: Beltz.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology, 38* (3), 251-265.
- Corsten, H. (Hrsg.) (2001). *Unternehmensnetzwerke. Formen unternehmensübergreifender Zusammenarbeit*. München: Oldenbourg.
- Cramer, F-P. (1999). Belgien. Das Y-Korps in Hasselt. *Unabhängige Brand-schutzzeitschrift, 49* (1-2), 36-8.
- Daschner, C.-H. (2001). *KIT – Krisenintervention im Rettungsdienst*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Deimling, S. & Bartusch, M. (1999). Hilfe für die Helfer. *Unabhängige Brand-schutzzeitschrift, 49* (6), 10-11.
- Demerouti, E. & Nachreicher, F. (1996). Reliabilität und Validität des Maslach Burnout Inventory (MBI) – Eine kritische Betrachtung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 50* (22NF) (1), 32-38.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (2000). *DIN 13050 Rettungswesen. Begriffe*.
- Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Baden-Württemberg e.V. (2002). Rahmenempfehlung für die Psychosoziale Unterstützung von Einsatzkräften im DRK-Landesverband Baden-Württemberg e.V. http://www.drk-bw.de/bereitschaften/downloads/notfallnachsorgedienst/Rahmenempfehlung_PSU.pdf. [Zugriff am: 08.05.2003, 09:10 Uhr].

- Dick, W.F. (1996). Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung (4).
<http://www.pabst-publishers.de/Medizin/med%20Zeitschriften/jai/1996-4/art-1.html>. [Zugriff am: 23.03.2003, 08:10 Uhr].
- Dombrowsky, W.R. (2002). Forschungsstand und Desiderate. In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz (Hrsg.), *Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf. Ergebnisse eines Workshops* (S. 22-50). Bonn.
- Drechsel-Schlund, C. (2003). *Aktivitäten der Gesetzlichen Unfallversicherung für die psychologische Betreuung und psychotherapeutische Behandlung von Versicherten*. Vortrag gehalten anlässlich der VIII European Conference on Traumatic Stress. Berlin 22.-25. Mai.
- Dreyer, M. (2001). *Technische Systeme zur internetgestützten Aus- und Weiterbildung*. Karlsruhe: Learntec.
- DRK-Landesverband Baden-Württemberg (2002). Rahmenempfehlung für die Psychosoziale Unterstützung von Einsatzkräften im DRK-Landesverband Baden-Württemberg e.V. http://www.drk-bw.de/bereitschaften/downloads/notfallnachsorgedienst/Rahmenempfehlung_PSU.pdf. [Zugriff am: 14.07.2003, 13:19 Uhr].
- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich: v/dlf.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 589-605.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das ‚Burn-out‘-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlert, U. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Zum Stand der Forschung. *Psychomed, 11* (1), 4-9.
- Enzmann, D. (1996). *Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess*. München: Profil.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helferleiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Etzkorn, H.P. (1993). Notfallseesorge. Wer hilft den Helfern? *Der Feuerwehrmann, 43* (1), 4.

- Euler, M. (2004). Fuzzy Tales 8. Was sind soziale Netzwerke. http://www.uni-oldenburg.de/~euler/frame8_7.htm. [Zugriff am: 01.04.2004, 10:00 Uhr].
- Everly, G.S. Jr., Flannery, R.B. Jr. & Mitchell, J.T. (2000). Critical incident stress management (CISM). A review of the literature. *Aggression & Violent Behavior*, 5, 23-40.
- Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (2002). *CISM: Stressmanagement nach kritischen Ereignissen*. Wien: Facultas.
- Fertig, B. & Wietersheim, H. von (Hrsg.). (1994). *Menschliche Begleitung und Krisenintervention*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- FeuerwehrUnfallkasse (FUK) Niedersachsen (2002). INFO-Blatt psychologisch-seelsorgerliche Unterstützung: Eigendruck.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder. An overview. In C.R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who threat the traumatized*. (pp. 1-20). New York: Brunner Mazel.
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen. *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr Deutschland*, 35, 9-54.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Flick, U. (Hrsg.). (1991). *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: PVU.
- Forplan Forschungs- und Planungsgesellschaft für das Rettungswesen (1998). *Gutachten zum bodengebundenen Rettungsdienst im Land Sachsen-Anhalt*. Bonn.
- Frank, R. (1994). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 71-95). Weinheim: Juventa.
- Franzkowiak, P. & Sabo, P. (Hrsg.). (1998). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Peter Sabo.
- Freudenberger, H.-J. & Richelson, G. (1983). *Mit dem Erfolg leben*. München: Heyne.

- Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vysocki, D. (2004). *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung*. Wien: Springer.
- Frieling, E. (1999). Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung. In: C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 468-487). Weinheim: Beltz.
- Gabler, W. (1997). Experten analysierten Großschadensereignisse und Einsatzunfälle. *Unabhängige Brandschutzzeitschrift*, 47 (6), 36-37.
- Gengenbach, O. (2002). Protokollzitat (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S.14). Bonn: Eigenverlag.
- Gengenbach, O. (2002). Statement der SbE-Bundesvereinigung „Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen“ e.V. (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 103-109). Bonn: Eigenverlag.
- Giesecke, M. (2004). Kommunikation als soziale Vernetzung. <http://www.michael-giesecke.de>. [Zugriff am: 26.04.04, 8:00 Uhr].
- Gist, R. & Lubin, B. (eds.). (1989). *Psychosocial aspects of disaster*. New York: Wiley.
- Golembiewski, R.T., Munzenrieder, R.F. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants. Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D.; Titchener, J.L. & Lindy, J.G. (1983). Levels of functional impairment following a disaster. The Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 573-580.
- Grigsby, D.-W. & McKnew, M.-A. (1988). Work stress burnout among paramedics. *Psychological Reports*, 63 (1), 55-64.
- Groote, E. von (1994). *Streßanalyse bei Einsatzleitern der Feuerwehr*. Unveröff. Dipl.Arbeit, RWTH, Aachen.
- Gschwend, G. (2002). *Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie*. Bern: Huber.
- Gusek, K. (2002). Statement der Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2).

- In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 110-116). Bonn: Eigenverlag.
- Gusy, B. (1995). *Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout. Eine Kausalanalyse*. München: Profil.
- Hagebölling, D. (1997). *Streß im Feuerwehrdienst. Analyse und Lösungsmöglichkeiten*. Stuttgart: ÖTV.
- Hagemann, O. (1993). *Wohnungseinbrüche und Gewalttaten. Wie bewältigen Opfer ihre Verletzungen*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Hausmann, C. (2003). *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas.
- Heim, C. & Nemeroff, C.-B. (1999). Prädisponieren frühe Stresserfahrungen für die Entwicklung einer Depression oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Erwachsenenalter? Evidenz aus neurobiologischen Untersuchungen. *Psychomed*, 11 (1), 21-30.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Hellhammer, D.H. & Ehlert, U. (2001). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Risikoberufsgruppen. Entstehung, Häufigkeit, Folgen (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In A. Harwerth (Hrsg.), *Tagungsbericht 2001. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte*. Stuttgart: Getner Verlag.
- Helmerichs, J. (1999). Einsatznachsorge. In E. Hüls & H.-J. Oestern (Hrsg.), *Die ICE-Katastrophe von Eschede – Erfahrungen, Lehren – Eine interdisziplinäre Analyse* (S. 119-124). Berlin: Springer.
- Helmerichs, J. (2000). Einsatznachsorge beim ICE-Unglück in Eschede. In Bundesverwaltungsamt, AKNZ (Hrsg.), *Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 124-141). Bonn: Bundesverwaltungsamt.
- Helmerichs, J. (2002). Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznachsorge Eschede (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz, Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 51-66). Bonn: Eigenverlag.
- Helmerichs, J. (2004). *Psychosoziale Notfallversorgung auf Bundesebene*. Vortrag gehalten anlässlich des 15. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Berlin 5.-9. März.

- Helmerichs, J., Marx, J. & Treunert, R. (2002). Hilfe für die im Einsatz. Nachsorge für Polizeikräfte – Erfahrungen aus Erfurt. *Deutsche Polizei*, 7, 6-11.
- Herda, C., Scharfenstein & A. Basler, H.-D. (1998). *Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden* (Schriftenreihe des Zentrums für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung). Marburg: Philipps-Universität, Institut für Medizinische Psychologie.
- Hering, T. (2003). *Auswirkungen der Arbeit im Rettungsdienst*. Vortrag gehalten anlässlich der Jahrestagung der Diözesanreferenten Psychosoziale Unterstützung. Malteser-Kommende Ehreshoven 21. November 2003.
- Hering, T. (2004a). *Psychosoziale Unterstützung im Rettungsdienst. Fürsorgepflicht oder Notfallversorgung?* Vortrag gehalten anlässlich des 15. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin 5.-9. März.
- Hering, T. (2004b). *Wohlbefinden und Burnout im Rettungsdienst – Welchen Einfluss haben Belastungen im Rettungsdienst und welche Bedeutung haben soziale Ressourcen. Ergebnisse einer Untersuchung in Berlin und Sachsen-Anhalt*. Vortrag gehalten anlässlich des Symposiums Hilfe für die Helfer. Hamburg 9.-10. Februar 2004.
- Hering, T. & Beerlage, I. (2004). *Retten als Arbeit zwischen Routine und Katastrophe. Gesundheit, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst*. München: Profil.
- Herweg, H. (2002). Aktivitäten der Berliner Feuerwehr auf dem Gebiet der psychosozialen Betreuung (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz, Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 142-148). Bonn: Eigenverlag.
- Herzinger, R. (2000, 10. Dezember). Im Reich der Spinne. *Der Tagesspiegel*, S. 44.
- Herzog, W. (1997). Psychologische Belastungen im Rettungsdienst. *Notfallvorsorge und zivile Verteidigung*, 26 (1), 16-19.
- Hessinger, P. (2001). *Vernetzte Wirtschaft und ökonomische Entwicklung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Hinckeldey, S. von & Fischer, G. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München: Reinhardt.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture and community. The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum: Press.

- Hodgkinson, P.E. & Stewart, M. (1991). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London: Routledge.
- Hofmann, A., Liebermann, P. & Flatten, G. (2001). Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, A. Hofmann, P. Liebermann, W. Wöller, T. Siol & E. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 71-84). Stuttgart: Schattauer.
- Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.). (1993). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt (2002a). *Ergebnisbericht der Feuerwehr für den Regierungsbezirk Dessau* (Jahresbericht). Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.
- Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt (2002b). *Ergebnisbericht der Feuerwehr für den Regierungsbezirk Halle* (Jahresbericht). Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.
- Institut der Feuerwehr Sachsen-Anhalt (2002c). *Ergebnisbericht der Feuerwehr für den Regierungsbezirk Magdeburg* (Jahresbericht). Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.
- INQA – Initiativkreis Neue Qualität der Arbeit (2004). *Newsletter*.
- Jacobs, G.A. (1990). Lessons from the aftermath of Flight 232. *American Psychologist*, 45, 1329-1335.
- Janssen, L. (1998). *Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Jarras, H.D. & Pieroth, B. (2004). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) – Kommentar*. München: Beck.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Jüttemann, G. (Hrsg.). (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie – Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz.
- Kähler, H.-D. (1993). *Erstgespräche in der sozialen Einzelfallhilfe*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Kardorff, E. von (1989). Soziale Netzwerke. Konzepte und sozialpolitische Perspektiven ihrer Verwendung. In E. von Kardorff, W. Stark, R. Rohner & P. Wiedemann (Hrsg.), *Zwischen Netzwerk und Lebenswelt – Soziale Unterstützung im Wandel* (S. 27-60). München: Profil.

- Kardorff, E. von (1998). Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 203-222). Tübingen: DGVT.
- Katastrophenschutzgesetz Berlin (KatSG-Berlin) (1999). *Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin*, 55 (7), 78-82.
- Katastrophenschutzgesetz Sachsen-Anhalt (KatSG-LSA) (2002). *GVBL LSA*, 42, 340-345.
- Kays, S. & Schlenk, G. (2003). *Gemeinsame Empfehlungen für die theoretische Ausbildung „Krisenintervention“*. Unveröff. Manuskript, Leipzig.
- Keul, A.G. (1993). Soziales Netzwerk – System ohne Theorie. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 45-63). Bern: Huber.
- Keupp, H. (1987). *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch*. Bonn: PsychiatrieVerlag.
- Keupp, H. (1988). *Riskante Chance. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation*. Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1988). Soziale Netzwerke – eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In H. Keupp (Hrsg.), *Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation* (S. 97-131). Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1997). Ermutigung zum aufrechten Gang. *Forum* 35. Tübingen: DGVT.
- KIT-München (Arbeiter Samariter Bund) (2004). *KIT – Krisenintervention im Rettungsdienst. Ein Projekt zur strukturierten präklinischen Intervention bei akut traumatisierten Menschen*. Eigenverlag: München.
- Kleiber, D., Gusy, B., Enzmann, D. & Beerlage, I. (1992). *Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich. Zwischenbericht 1992* (Arbeitsbericht Nr. 18). Berlin: Sozialpädagogisches Institut.
- Kölbl, I. (1998). Einsatznachsorge. ENT im Einsatz. *Unabhängige Brandschutzzeitschrift*, 48 (10), 10-11.
- Kolip, P. & Schmidt, B. (1999). Der Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens (FEW 16). Konstruktion und erste Validierung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (2), 77-87.
- Koordinierungsstelle Einsatznachsorge (Hrsg.). (2002). *Einsatznachsorge nach dem ICE-Unglück in Eschede. Dokumentation – Modelle – Konsequenzen*. Hannover: DRK.

- Kuhnert, G. (2000). Stressbewältigung bei der Berliner Feuerwehr. In K.-H. Hecht & H.-U. Balzer (Hrsg.), *Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention* (S. 32-33). Lengerich: Pabst.
- Kunz, T. (1999). Stressbewältigung bei Feuerwehrleuten nach traumatischen Einsätzen. In U. Nickel & R. Reiter-Mollenhauer (Hrsg.), *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Theoretische und praktische Modelle. Dokumentation der Fachtagung am 11.11.1998 in Wiesbaden* (S. 151-157). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2004). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für die Praxis und Weiterbildung*. Weinheim: Juventa.
- Laireiter, A. (1993). *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern: Huber.
- Langer, J. (1998). Hilfe für Helfer – Seelsorge für Einsatzkräfte nach kritischen Einsätzen. <http://www.redemptoristen.de/koeln/archiv/files/Notfallseelsorge.pdf>. [Zugriff am: 07.03.2003, 09:30 Uhr].
- Lasogga, F.& Gasch, B. (2002a). *Notfallpsychologie*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Lasogga, F.& Gasch, B. (2002b). *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen*. (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Lazarus, R.S. (1990). Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In S.H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. erw. Auflage) (S. 198-232). München: Psychologie Verlagsunion.
- Lazarus, R.S. & Folkmann, R. (1984). *Stress. Appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervon & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New-York: Plenum.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern.
- Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.). (2002). *Empowerment in der psychosozialen Arbeit*. Tübingen: DGVT.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-149.
- Lobnig, H. (2000). Netzwerke – Was sie wirklich investieren sollten. *Herrnsteiner*, 4. Wien: Wirtschaftskammer.

- Lucas, M.G. (2001). Notfallpsychologie. Grundlagen, Konzepte, Fortbildungsangebote. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind* (S. 13-23). Dortmund.
- Ludwig-Mayerhofer, W. & Greil, W. (1993). Soziales Netzwerk/Soziale Unterstützung – Zum Verhältnis persönlicher und sozialer Ressourcen. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 78-87). Bern: Huber.
- Lueger-Schuster, B. (2003). *Notfallseelsorge – Psychotraumatologie*. Unveröff. Manuskript, Wien.
- Lueger-Schuster, B. (2004a). *Psychosoziale Notfallversorgung in Österreich – Probleme, Herausforderungen, Chancen*. Vortrag gehalten anlässlich des 15. Kongresses für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Berlin 5.-9. März.
- Lueger-Schuster, B. (2004b). Präklinische Maßnahmen – Krisenintervention vor Ort – Folgeprävention. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vysocki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 113-124). Wien: Springer.
- Maercker, A. & Ehler, U. (Hrsg.). (2001). *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Martens, H.L. (1990). Kriterien zur Belastung und Tauglichkeit im Feuerwehrdienst. *Brandschutz*, 44 (11), 628-632.
- Martens, E. & Schallhorn, J. (2002). Stress und Stressbewältigung bei der Landesfeuerwehr Hamburg (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf*. (S. 164-166). Bonn: Eigenverlag.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Osamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153. Beverly Hills CA.: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual (2nd Edition)*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. (2001) *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer.

- Maslach, C., Schaufeli, W.-B. & Leiter, M.-P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mayring, P. (1983). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McLeod, J. (2004). *Counselling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Mehrtens, G., Valentin, H. & Schönberger A. (2003). *Arbeitsunfall und Berufskrankheit: Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwalter, Berater und Gerichte* (7. Aufl.). Berlin: Schmidt.
- Meyer, W. & Balck, F. (2002). Notärzte im Umgang mit psychisch belastenden Einsatzsituationen. Bewältigungsstrategien und notärztliche Persönlichkeit. *Notfall & Rettungsmedizin*, 5, 89-95.
- Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). (2002). *Ereignisbericht der Feuerwehr für das Land Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: StLA.
- Mitchell, J.-T. & Everly, G.-S. (2002). *CISM: Stressmanagement nach kritischen Ereignissen*. Wien: Facultas.
- Mitchell, J.-T., Everly, G.-S., Igl, H. & Müller-Lange, J. (Hrsg.). (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen (SbE). Ein Handbuch zur Prävention psychischer Traumatisierung in Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei*. Stumpf & Kossendey: Edewecht.
- Müller, B. (1993). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Müller, B., Wiechmann, T., Scholl, W., Bachmann, T. & Habisch, A. (Hrsg.). (2002). *Kommunikation in regionalen Innovationsnetzwerken*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Müller, V. (1991). Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen. *Brandschutz*, 45 (11), 554-557.
- Müller, V. (1994). Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen im Feuerwehrdienst (Schriftenreihe zum Rettungswesen Band 11). In F. Ahnefeld (Hrsg.), *Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst* (S. 30–47). Nottuln: Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes.
- Müller, V. & Brümmer, D. (1992). Streß und Streßbewältigung. *Brandschutz*, 46 (2), 75 – 82.
- Müller, W. (2002). Das Mediatorenmodell der Malteser (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für

- Zivilschutz, Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 170-171). Bonn: Eigenverlag.
- Müller-Cyran, A. (1996). Einleitung der Trauerarbeit – Aufgabe des Notarztes? <http://www.pabst-publishers.de/Medizin/med%20Zeitschriften/jai/1996-4/art-29.html>. [Zugriff am: 23.03.2003, 08:00 Uhr].
- Müller-Cyran, A. (1997). Krisenintervention im Rettungsdienst. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 107-122). Berlin: Springer.
- Müller-Cyran, A. (2004). Krisenintervention im Rettungsdienst. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (2. Aufl.) (S. 61-68). Berlin: Springer.
- Müller-Lange, J. (2001a). Die psychosoziale Bewältigung einer Katastrophe. In J. Müller-Lange (Hrsg.), *Handbuch Notfallseelsorge* (S. 215-223). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Müller-Lange, J. (2001b). Einführung in die Notfallseelsorge. In J. Müller-Lange (Hrsg.), *Handbuch Notfallseelsorge* (S. 17-23). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Müller-Lange, J. (2001c). *Handbuch Notfallseelsorge*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.). (2004). *Das Handbuch der Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Paton, D. & Kelso, B.A. (1991). Disaster rescue work. The consequences for the family. *Counselling Psychology Quarterly*, 4, 221-227.
- Pieper, G. & Maercker, A. (1999). Männlichkeit und Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit nach berufsbedingten Traumata (Polizei, Feuerwehr, Rettungspersonal). *Verhaltenstherapie*, 9 (4), 222-229.
- Perren-Klingler, G. (2000). *Erste Hilfe durch das Wort*. Bern: Haupt.
- Pines, A.M., Aronson, E. & Kafry, D. (1987). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Psychotherapeutengesetz (PsychThG) – Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (1998). *BGBI. I*, 36, 1311.
- Raphael, B., Singh, B., Bradbury, B. & Lambert, F. (1983). Who helps the helpers? The effects of disaster on the rescue workers. *Omega*, 14, 9-20.

- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17 (2), 257-278.
- Reinhard, F. & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13 (1), 29-36.
- Reiß, M. (2001). Netzwerk-Kompetenz. In H. Corsten (Hrsg.), *Unternehmensnetzwerke. Formen unternehmensübergreifender Zusammenarbeit* (S. 123-124). München: Oldenbourg.
- Remke, S. (1996). Erhöhung der psychologischen Handlungskompetenz von medizinischen Rettungskräften – eine Möglichkeit zur Verringerung der Belastungen bei Helfern und Unfallpatienten. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Interventionen zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag* (S. 145-167). Regensburg: Roderer.
- Reuß, B. (1992). Der Feuerwehrmann – am Ende mit sich allein? *Brandschutz*, 46 (7), 434-437.
- Richter, D. (1994). Theorie als Identitätsstifter? Über Vorstellungen von Kollektiv – Identitäten in zivilgesellschaftlichen und kommunitaristischen Theorien. *Kommune*, 1, 37-40.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.). (1995). *Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven*. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.; Sommer, G. & Nestmann, F. (1998). *Netzwerkintervention*. Tübingen: DGVT.
- Rösing, I. (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Heidelberg: Asanger.
- Roth, R. (1994). *Demokratie von unten. Neue soziale Bewegungen auf dem Wege zur politischen Institution*. Köln: Bund.
- Rudolph, B. (1991). Streß in der Feuerwehr. *Feuerwehrmagazin*, 8 (5), 54-57.
- Santen, E. van, Seckinger, M. (2003). *Kooperation. Mythos und Realität einer Praxis*. München: DJI.
- Sauvant, J.-D. & Schnyder, U. (1996). Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie. In U. Schnyder & J.-D. Sauvant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (2. korr. Auflage) (S. 45-54). Bern: Huber.
- Schäfer, J. (1999). Psychologische Untersuchung bei der Berufsfeuerwehr Dresden (Forschungsbericht Band 30). In Technische Universität Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie (Hrsg.), Dresden.

- Schallhorn, J. (1988). Das System Mensch-Maschine. *Brandschutz*, 42 (6), 336-337.
- Schallhorn, J. (1991). Brandbekämpfer bei der Streßbekämpfung. *Brandschutz*, 45 (11), 558-559.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and praxis. A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schmidt, H. (2001). Stress. *Unabhängige Brandschutzzeitschrift*, 51 (4), 10-11.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schürmann, I. (1992). *Psychosoziale Hilfe in Notfällen und bei Alltagsorgen. Handlungskonzepte in der ambulanten Krisenintervention*. Wiesbaden: Deutscher UniversitätsVerlag.
- Schüssler, P. (2002). Statement der Beratungs- und Koordinierungsstelle „Psychische Einsatzbelastungen und Einsatznachbereitung“ an der Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz, Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 174-178). Bonn: Eigenverlag.
- Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (2001). *Zweiter Gefahrenbericht der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern. Bericht über mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall*. Bonn: Eigenverlag.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J.-R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 163-187). Bern: Hans Huber.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). *Psycho-Social Support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters*. Brussels: Belgium Ministry of Public Health.
- Shalev, A.Y. (2001). Traumatischer Stress, Körperreaktionen und psychische Störungen. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie* (S. 27-43). Göttingen: Hogrefe.
- Shepherd, M. & Hodgkinson, P.E. (1990). The hidden victims of disaster. Helper stress. *Stress-Medicine*, 6, 29-35.
- Shneidman, E.S. (1982). „Therefore I must kill myself“. *Suicide and Life Threatening behavior*, 52-55.

- Soir, E. de (2000). Aufbau von krisenpsychologischer Hilfeleistung und Debriefing in der Feuerwehr und im ärztlichen Rettungsdienst. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Erste Hilfe durch das Wort* (S. 109-122). Bern: Paul Haupt.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) (2004). Gesetzliche Unfallversicherung. In Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), *Sozialgesetzbuch*. Berlin.
- Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz (2000). Psychosoziale Unterstützung bei Einsätzen. Aspekte der Führungsorganisation. <http://www.katastrophenvorsorge.de/pub/SKK-PSU.pdf>. [Zugriff am: 19.05.2003, 13.23 Uhr].
- Stark, W. (1993). Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und Soziale Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2, 41-44.
- Stark, W. (1996). *Empowerment*. Freiburg: Lambertus.
- Strafgesetzbuch (StGB) – Bundesgesetz vom 23. Januar 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (1974). *BGBI 1974/60* idF *BGBI 134/2002*. Stand 1. Oktober 2002 (zu den Novellen des StGB).
- Strafprozessordnung (1987). In der Fassung der Bekanntmachung vom 7.4.1987 (*BGBI. I S. 1074*, ber. S. 1319). Zuletzt geändert durch Gesetz vom 3.7.2004 (*BGBI I S. 1414*) m.W.v. 8.7.2004.
- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Flick.
- Sydow, J. (1992). *Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation*. Wiesbaden: Gabler.
- Teegen, F. (1999). Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 7 (4), 437-453.
- Teegen, F. (2001). Prävalenz von Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie* (S. 169-185). Göttingen: Hogrefe.
- Teegen, F. (2003). Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Bern: Huber.
- Teegen, F. (2004). Psychosoziale Betreuung nach Großschadensereignissen In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (2. Aufl.) (S. 155-132). Berlin: Springer.

- Teegen, F., Domnick, A. & Heerdegen, M. (1997). Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29 (4), 583-599.
- Teegen, F. & Yasui, Y. (2000). Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörungen beim Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21 (1), 65-83.
- Teichmann, U. & Franke, K. (2004). *Langfristige psychosoziale Nachsorge der von der Hochwasserkatastrophe Betroffenen im Landkreis Sächsische Schweiz – Erfahrungen*. Vortrag gehalten anlässlich des 15. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Berlin 5.-9. März.
- Tetzner, M. (2002). „Nicht alles, was belastend ist, ist ein Trauma!“ (Interview mit J. Helmerichs). *Deutsche Polizei*, 7, 12-13.
- Ungerer, D. (1990). Streßbewältigung im Feuerwehreinsatz. *Brandschutz*, 44 (7), 380-384.
- Ungerer, D., Hesel, H. & Morgenroth, U. (1993). Risikoprofile und Belastungen im Feuerwehreinsatz. *vfdB-Zeitschrift*, 42 (2), 44-61.
- Wackerow, K. (2000). Stand der Forschung zur posttraumatischen Belastungsstörung bei Notfallpersonal. In K. Hecht & H.-U. Balzer (Hrsg.), *Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention. 1. Berliner Stress- Forschungs- Tage 1999. Beiträge der Arbeitstagung*. Berlin: Institut für Stressforschung.
- Wagner, D. (2001). Behandlung von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen bei Einsatzkräften der Feuerwehr. *Psychotherapeut*, 46 (6), 398-401.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of post-traumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1727-1732.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1999). Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung. Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed*, 11 (1), 31-39.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Hellhammer, D.H. & Ehlert, U. (2001). Stress im Feuerwehrdienst. In K. Hecht, O. König & H.P. Scherf (Hrsg.). *Emotioneller Stress durch Überforderung und Unterforderung* (S. 101-116). Berlin: Schibri.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Kerber, U., Wingenfeld, K., Hellhammer D.-H. & Ehlert, U. (2001). Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie* (S. 201-225). Göttingen: Hogrefe.

- Wagner, F.E. & Seidler, G.H. (2004). Das problematische Ereigniskriterium der posttraumatischen Belastungsstörung: Ein Beitrag zur Konstruktbildung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2 (1), 9-16.
- Wagner, S. (1997). Seelsorge. Wer hilft? *Unabhängige Brandschutzzeitschrift*, 47 (12), 30-31.
- Waterstraat, F. (1993). Ob man vor dem Streiß fliehen möge. *Brandschutz*, 47 (2), 88-97.
- Waterstraat, F. (1997). Notfallseelsorge im Rettungsdienst. In H. Rupprecht (Hrsg.), *Mehr Wissen = mehr Qualität und bessere Prognosen* (S. 470-473). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Waterstraat, F. (2001). Erfolgreiche Reanimation. In: J. Müller-Lange (Hrsg.), *Handbuch Notfallseelsorge* (S. 86-97). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Waterstraat, F. (2003). *Das Trauma der Helfer. Bewältigung belastender Ereignisse bei Feuerwehr und Rettungsdienst*. Newsletter INQA (Initiativkreis Neue Qualität der Arbeit), Januar 2004, 9-12.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2003). *Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weißgerber, B. (2001). Die psychologische Unterstützung für Beschäftigte, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind, als Aufgabe des Arbeitsschutzes. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychologische Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind* (S. 7-12). Dortmund.
- Wendt, W.R. (Hrsg.). (1996). *Zivilgesellschaft und soziales Handeln*. Freiburg: Lambertus.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*. Geneva.
- Wienberg, G. (1993). Qualitätsmerkmale außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modellvarianten. In G. Wienberg (Hrsg.), *Bevor es zu spät ist... Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie* (S. 42-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wietersheim, H. von (2002). Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). In Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz, Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (Hrsg.), *Workshop: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf* (S. 184-191). Bonn: Eigenverlag.

- Wilk, W. (2001a). Arbeitsunfälle und psychische Gesundheitsschäden. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Psychologische Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind* (S.13-23). Dortmund.
- Wilk, W. (2001b). Psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz für den Notfall. *Psychotherapeuten Forum*, 8 (1), 5-8.
- Wirthl, H.-J. (2003). *Modellverfahren „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren“*. Vortrag gehalten anlässlich der VIII European Conference on Traumatic Stress. Berlin 22.-25. Mai.
- Wöller, W., Siol, T. & Liebermann, P. (2001). Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD. In G. Flatten, A. Hofmann, P. Liebermann, W. Wöller, T. Siol & E. Petzold (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quelltext* (S. 25-39). Stuttgart: Schattauer.
- Zapf, D. (1994): Arbeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 227-243). Weinheim: Juventa.
- Zingg, B., Heim, C., Meier, K. & Reinhardt, D. (2003). Rettungswesen in der Schweiz – Eine Bestandsaufnahme. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84 (35), 1800-1805.
- Zivildienstgesetz (ZDG)* (2001). Kommentar. Starnberg: Schulz.

Anhang 1 Tabellen MARAM

Table-Anhang 1: Itempool Anforderungen im Rettungsdienst

Eigene Gefährdung

Im vergangenen Jahr war ich als Einsatzkraft an Einsätzen beteiligt, die für mich lebensbedrohlich waren.

In meinem Betrieb ist im letzten Jahr ein Kollege während eines Einsatzes tödlich verletzt worden.

In meinem Betrieb ist im letzten Jahr ein Kollege während eines Einsatzes verletzt worden.

Ich war während des letzten Jahres an Einsätzen beteiligt, bei denen mein(e) Kollege(n) verletzt wurden.

Während eines Einsatzes im vergangenen Jahr wurde ich körperlich verletzt.

Während eines Einsatzes musste ich miterleben, dass ein Kollege so schwer verletzt wurde, dass er starb.

Verletzung und Sterben Erwachsener Opfer sowie von Kindern

Patienten zu denen ich während des letzten Jahres im Rahmen von Rettungseinsätzen Kontakt hatte, starben während des Einsatzes.

Im letzten Jahr war ich während eines Einsatzes mit mehreren schwer verletzten Patienten gleichzeitig konfrontiert.

Schwer verletzte Patienten, zu denen ich als Einsatzkraft im vergangenen Jahr Kontakt hatte, waren Kinder.

Einsatztaktik

Ich war als Rettungskraft im letzten Jahr im Rahmen meines Dienstes bei Großschadenslagen im Einsatz.

Die Lage an der Einsatzstelle entsprach im letzten Jahr nicht den Informationen, die ich hatte.

Nach einer Alarmierung sind die Informationen der Rettungsleitstelle zum Einsatz im letzten Jahr nicht eindeutig gewesen.

Angehörige von Patienten hinderten mich im letzten Jahr daran, dem Patienten zu helfen.

Bei Einsatzfahrten mit Sondersignal wurde ich im letzten Jahr von unaufmerksamen Verkehrsteilnehmern behindert und gefährdet.

Einsatzstellen waren im letzten Jahr schwer zu erreichen (z.B. durch unüberlegte Verkehrsberuhigungsmaßnahmen, wildem Parken usw.).

Wichtige Meldungen an die Einsatzleitstelle konnte ich im letzten Jahr wegen eines gestörten Funkbetriebs und fehlenden anderen Kommunikationseinrichtungen (z.B. Mobiltelefon) nicht empfangen oder absetzen, woraus sich Probleme an der Einsatzstelle ergaben.

Rettungseinsätze, an denen ich im vergangenen Jahr beteiligt war, wurden von aufdringlichen Journalisten oder durch „Gaffer“ behindert.

Arbeitsorganisation

Während Ruhezeiten im Dienst, kam auch dann nicht zur Ruhe, wenn ich es wollte.

Mein Dienstplan war im letzten Jahr so gestaltet, dass ich länger als 12 Stunden arbeiten musste (inklusive Bereitschaftszeiten in der Dienststelle).

Meine Dienste erstreckten sich im vergangenen Jahr auch auf Arbeitszeiten zwischen 22:00 und 6:00.

Lange einsatzfreie Zeiten langweilen mich.

Die Items waren von den Untersuchungsteilnehmern auf einer siebenstufigen, zeitbezogenen Likertskala (Range 0-6) danach zu bewerten, wie häufig sie erlebt wurden (Tabelle-Anhang 1).

Tabelle-Anhang 2: Codierung der Items der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----|------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| nie | einmal im letzten Jahr | mehrmals im letzten Jahr | etwa einmal im Monat | etwa einmal pro Woche | einige Male pro Woche | in jedem Dienst |

Tabelle-Anhang 3: Vorläufige Faktorenstruktur der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst (n = 98).

| | |
|------------------|--|
| Faktor 1: | Wahrnehmung physischer Gefährdung (WG) (6 Items) |
| Faktor 2: | Behindernde Einsatzbedingungen (BE) (4 Items) |
| Faktor 3: | Schnittstellenprobleme (SP) (3 Items) |
| Faktor 4: | Arbeitszeit (AZ) (2 Items) |

Tabelle-Anhang 4: Rotierte Faktorenmatrix der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst (n = 142).

| | Faktor | | | |
|---|---------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| EXE01 Verletzung Kollege – Erlebt | ,865 | ,068 | ,179 | ,050 |
| EXE02 Beteiligung Großschadenslagen | ,726 | ,031 | ,033 | ,051 |
| EXE03 Verletzung Kollege – Erfahrung | ,617 | ,191 | ,201 | ,060 |
| EXE04 Lebensgefahr | ,503 | ,163 | ,225 | ,060 |
| EXE05 Eigene Verletzung | ,437 | -,050 | ,106 | ,151 |
| EXE06 Behinderung durch Angehörige | ,380 | ,241 | ,048 | ,165 |
| EXE07 Behinderung durch Journalisten/Gaffer | ,352 | ,318 | ,022 | ,316 |
| BR01 Schwer erreichbare Einsatzstellen | ,377 | ,766 | ,054 | ,042 |
| BR02 Behinderung bei Einsatzfahrten | ,112 | ,694 | ,163 | ,037 |
| BR03 Uneindeutige Einsatzinformationen | ,029 | ,515 | ,079 | ,249 |
| BR04 Diskrepanz zwischen Informationen und Lage | ,019 | ,459 | ,249 | ,364 |
| AZ01 Arbeitszeit länger 12 Stunden | ,171 | ,058 | ,731 | ,204 |
| AZ02 Arbeitszeiten 22:00 bis 6:00 | ,288 | ,187 | ,729 | ,014 |
| KE01 Probleme durch gestörten Funk | ,001 | ,158 | ,024 | ,461 |
| KE02 Probleme bei Übergabe im Krankenhaus | ,185 | ,322 | ,023 | ,407 |
| KE03 Schwer verletzte Kinder – Erlebt | ,275 | ,116 | ,080 | ,401 |
| KE04 Mehrere schwer verletzte Patienten | ,115 | -,060 | ,102 | ,389 |
| KE05 Tödliche Verletzung Kollege – Erfahrung | ,037 | ,019 | ,005 | ,349 |
| KE06 Tod von Patienten | ,155 | ,194 | ,083 | ,250 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert. EXE = Extreme Einsatzerfahrungen; BR = Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz; AZ = Arbeitszeit; KE = Komplexe Einsatzsituationen

Tabelle-Anhang 5: Maßzahlen ausgeschlossener Items der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst und Ausschlussgrund (n = 142).

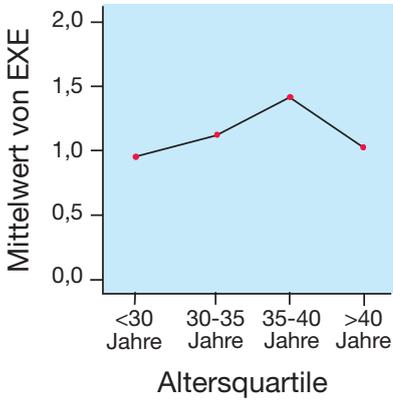
| | M | SD | Min/Max |
|--|----------|-----------|----------------|
| Unruhen in Ruhezeit (kein Belastungsaspekt sondern Beanspruchungsfolge) | 3,38 | 2,037 | 0/6 |
| Tödliche Verletzung eines Kollegen erlebt (Nullvarianz in einer Teilstichprobe) | ,01 | ,084 | 0/1 |
| Langeweile in Ruhezeit (kein Belastungsaspekt sondern Beanspruchungsfolge) | 1,11 | 1,671 | 0/6 |
| Rückmeldung durch Vorgesetzte (erfasst eher Aspekte sozialer Unterstützung) | 1,25 | 2,276 | 0/5 |

Tabelle-Anhang 6: Faktorenstruktur der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Stichprobenerweiterung (n=142).

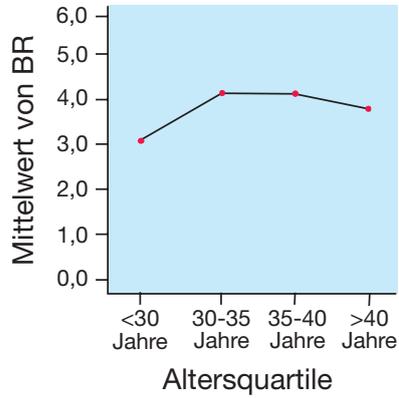
| | |
|------------------|---|
| Faktor 1: | Extreme Einsatzerfahrungen (EXE) (6 Items) |
| Faktor 2: | Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz (BR) (5 Items) |
| Faktor 3: | Arbeitszeit (AZ) (2Items) |
| Faktor 4: | Komplexe Einsatzsituationen (KE) (6 Items) |

Anmerkung: Im Vergleich mit der ursprünglich berechneten Lösung musste durch die geänderte Itemstruktur die Benennung der Faktoren in der endgültigen Lösung bei einer größeren Stichprobe modifiziert werden.

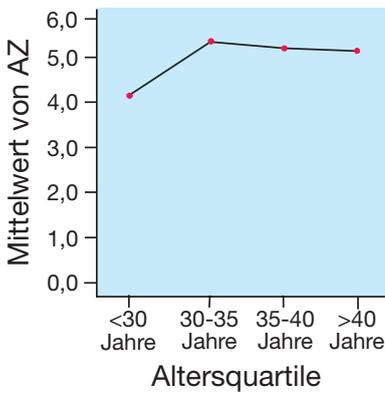
Tabelle-Anhang 7: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Alter (einfaktorielle ANOVA) (n = 142).



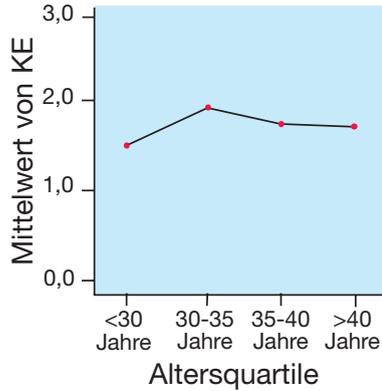
F = 2,08 (p = 0,11)



F = 2,94 (p = 0,04)



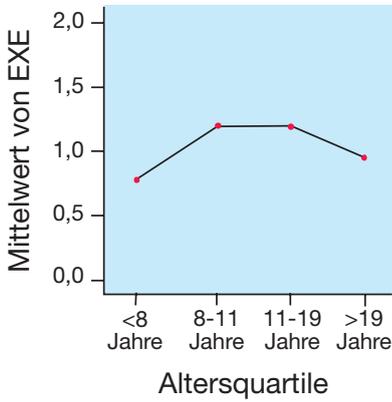
F = 2,52 (p = 0,06)



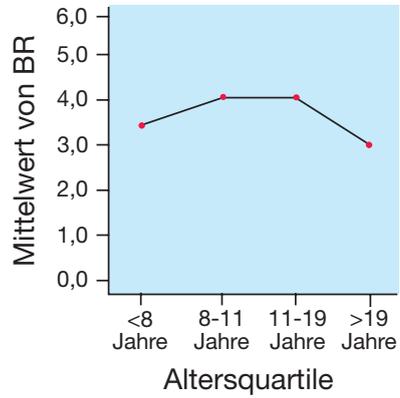
F = 1,61 (p = 0,19)

Anmerkungen: EXE = Extreme Einsatzserfahrungen
 BR = Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz
 AZ = Arbeitszeit
 KE = Komplexe Einsatzsituationen

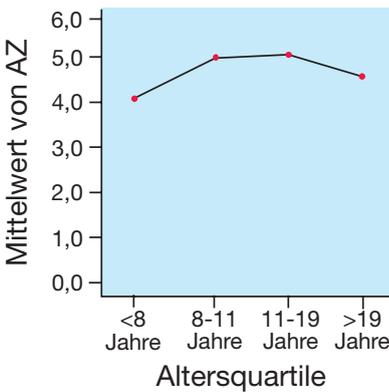
Tabelle-Anhang 8: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen im Rettungsdienst nach Berufserfahrung (einfaktorielle ANOVA) (n=142).



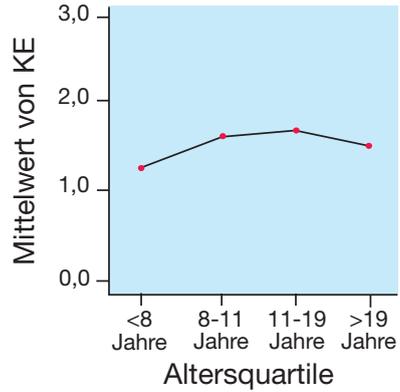
F = 3,54 (p = 0,02)



F = 4,08 (p = 0,08)



F = 3,39 (p = 0,02)



F = 2,16 (p = 0,1)

Anmerkungen: EXE = Extreme Einsatzerfahrungen
 BR = Behindernde Rahmenbedingungen im Einsatz
 AZ = Arbeitszeit
 KE = Komplexe Einsatzsituationen

Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr

Tabelle-Anhang 9: Rotierte Faktormatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 1 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|------|------|------|-------|
| unklare Anweisungen von Vorgesetzten | ,693 | ,213 | ,237 | -,047 |
| konnte sinnvolle Dinge nicht tun | ,627 | ,297 | ,194 | ,003 |
| Kameraden ungenügend abgesprochen | ,600 | ,155 | ,085 | -,013 |
| defekte Geräte/Armaturen | ,597 | ,175 | ,198 | ,033 |
| Abstimmungsprobleme zw Vorgesetzten | ,596 | ,220 | ,162 | ,050 |
| unerfahrene Kameraden | ,588 | ,157 | ,171 | ,057 |
| Entscheidungen ohne Infos treffen* | ,478 | ,458 | ,181 | ,084 |
| Extremes Verhalten betroffener Personen | ,451 | ,242 | ,234 | ,167 |
| in Geräte nicht ausreichend eingewiesen | ,437 | ,128 | ,232 | ,088 |
| unklare Anweisungen von Leitstelle* | ,423 | ,331 | ,175 | ,023 |
| Zuständigkeiten Orgs nicht geklärt | ,403 | ,274 | ,232 | ,055 |
| Zuwendung zum Opfer als Schwäche | ,401 | ,047 | ,181 | ,035 |
| fachfremde Personen kritisierten/kommentierten* | ,397 | ,379 | ,174 | ,084 |
| körperlich verletzt beim Einsatz* | ,375 | ,179 | ,368 | ,142 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

a Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert

* vergleichbar hohe Ladungskoeffizienten auf mind. zwei Faktoren

** interne Konsistenz der Skala unter Ausschluss deutlich höher

Tabelle-Anhang 10: Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 2 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|------|------|------|------|
| Behinderung durch Verkehr | ,186 | ,697 | ,366 | ,047 |
| Einsatzstelle schwer erreichbar | ,217 | ,634 | ,353 | ,069 |
| Lage Einsatz anders als Infos | ,355 | ,629 | ,192 | ,052 |
| Gefährdung durch Verkehr | ,194 | ,628 | ,383 | ,011 |
| Infos Leitstelle nicht eindeutig | ,394 | ,573 | ,156 | ,001 |
| von fachfremden Personen kontrolliert | ,206 | ,557 | ,050 | ,077 |
| Verantwortung für Leben Kam | ,117 | ,547 | ,194 | ,002 |
| Probleme bei Zusammenarbeit Organis. | ,388 | ,514 | ,153 | ,097 |
| Gestörter Funk* | ,405 | ,500 | ,112 | ,048 |
| Entscheidungen mit unabsehbaren Folgen* | ,386 | ,465 | ,147 | ,114 |
| lebensbedrohliche Einsätze* | ,164 | ,442 | ,399 | ,023 |
| unerwünschte Zuschauer* | ,358 | 433 | ,286 | ,128 |
| unübersichtliche Einsatzstelle* | ,396 | ,409 | ,372 | ,139 |
| Kamerad verletzt beim Einsatz* | ,376 | ,382 | ,251 | ,075 |
| Behinderung durch Umwelteinflüsse | ,288 | ,305 | ,252 | ,044 |
| Einsatz bei Großschadenslagen** | ,001 | ,146 | ,055 | ,041 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

a Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert

* vergleichbar hohe Ladungskoeffizienten auf mind. zwei Faktoren

** interne Konsistenz der Skala unter Ausschluss deutlich höher

Tabelle-Anhang 11: Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 3 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|------|------|------|------|
| Einsatz mit Toten | ,290 | ,308 | ,727 | ,022 |
| Anblick von entstellten Opfern | ,222 | ,294 | ,708 | ,116 |
| Einsatz mit Schwerverletzten | ,247 | ,355 | ,691 | ,027 |
| Personen konnten nicht gerettet werden | ,328 | ,161 | ,668 | ,116 |
| verletzte Personen waren Kinder | ,305 | ,292 | ,538 | ,166 |
| konnten nicht allen sofort helfen | ,358 | ,195 | ,476 | ,294 |
| mit Gefahrstoffen konfrontiert | ,276 | ,299 | ,432 | ,030 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert
 * vergleichbar hohe Ladungskoeffizienten auf mind. zwei Faktoren
 ** interne Konsistenz der Skala unter Ausschluss deutlich höher

Tabelle-Anhang 12: Rotierte Faktorenmatrix ursprüngliche Lösung, Faktor 4 der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|
| Familien von Opfern waren mir bekannt | ,084 | ,062 | ,098 | ,891 |
| Personen waren bekannt | ,092 | ,062 | ,178 | ,814 |
| Kamerad tödlich verletzt* | ,086 | ,085 | ,067 | ,096 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert
 * vergleichbar hohe Ladungskoeffizienten auf mind. zwei Faktoren
 ** interne Konsistenz der Skala unter Ausschluss deutlich höher

Tabelle-Anhang 13: Erklärte Gesamtvarianz der ursprünglichen Lösung der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| Faktor | Anfängliche Eigenwerte | | | Rotierte Summe der quadrierten Ladungen | | |
|--------|------------------------|---------------|--------|---|---------------|--------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kum % | Gesamt | % der Varianz | Kum % |
| 1 | 13,865 | 34,662 | 34,662 | 5,794 | 14,484 | 14,484 |
| 2 | 2,152 | 5,380 | 40,042 | 5,626 | 14,065 | 28,550 |
| 3 | 1,910 | 4,776 | 44,818 | 4,393 | 10,983 | 39,533 |
| 4 | 1,510 | 3,775 | 48,592 | 1,777 | 4,443 | 43,976 |

Anmerkung: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
Faktoren 5-40 werden nicht dargestellt

Tabelle-Anhang 14: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 1 (Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------------|------|------|------|
| unklare Anweisungen von Vorgesetzten | ,724 | ,245 | ,204 | ,004 |
| konnte sinnvolle Dinge nicht tun | ,625 | ,305 | ,187 | ,040 |
| Abstimmungsprobleme zw Vorgesetzten | ,620 | ,261 | ,138 | ,009 |
| unerfahrene Kameraden | ,592 | ,179 | ,144 | ,092 |
| Kameraden ungenügend abgesprochen | ,587 | ,146 | ,115 | ,005 |
| defekte Geräte/Armaturen | ,567 | ,175 | ,218 | ,050 |
| Extremes Verhalten betroffener Personen | ,421 | ,217 | ,270 | ,176 |
| Zuwendung zum Opfer als Schwäche | ,404 | ,058 | ,174 | ,054 |
| in Geräte nicht ausreichend eingewiesen | ,404 | ,140 | ,246 | ,103 |
| Zuständigkeiten Orgs nicht geklärt | ,403 | ,237 | ,252 | ,063 |
| Behinderung durch Umwelteinflüsse | ,315 | ,294 | ,231 | ,065 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
a Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Tabelle-Anhang 15: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 2 (Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|------|-------------|------|-------|
| Behinderung durch Verkehr | ,170 | ,710 | ,382 | ,011 |
| Lage Einsatz anders als Infos | ,325 | ,690 | ,174 | ,118 |
| Einsatzstelle schwer erreichbar | ,211 | ,659 | ,346 | ,024 |
| Infos Leitstelle nicht eindeutig | ,375 | ,643 | ,128 | ,068 |
| Gefährdung durch Verkehr | ,185 | ,624 | ,388 | ,022 |
| von fachfremden Personen kontrolliert | ,195 | ,548 | ,066 | ,087 |
| Verantwortung für Leben von Kameraden | ,118 | ,501 | ,211 | ,020 |
| Probleme bei Zusammenarbeit zw. Organisationen | ,378 | ,473 | ,181 | -,076 |

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Tabelle-Anhang 16: Rotierte Faktorenmatrix endgültige Lösung, Faktor 3 (Einsätze mit Extremforderungen) und Faktor 4 (Einsätze mit persönlich bekannten Opfern) der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|------|------|-------------|-------------|
| Einsatz mit Toten | ,281 | ,332 | ,728 | ,011 |
| Anblick von entstellten Opfern | ,223 | ,271 | ,724 | ,135 |
| Personen konnten nicht gerettet werden | ,321 | ,153 | ,687 | ,127 |
| Einsatz mit Schwerverletzten | ,242 | ,368 | ,677 | ,064 |
| verletzte Personen waren Kinder | ,289 | ,298 | ,529 | ,193 |
| konnten nicht allen sofort helfen | ,332 | ,172 | ,480 | ,302 |
| mit Gefahrstoffen konfrontiert | ,296 | ,270 | ,413 | ,012 |
| Familien von Opfern waren mir bekannt | ,066 | ,032 | ,085 | ,922 |
| Personen waren bekannt | ,077 | 0,31 | ,167 | ,815 |

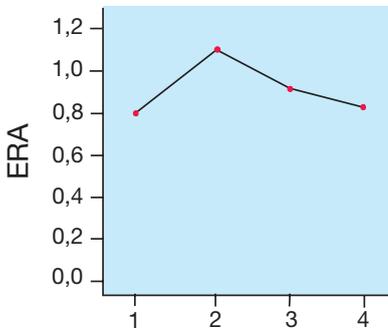
Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Tabelle-Anhang 17: Erklärte Gesamtvarianz der endgültigen Lösung der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr.

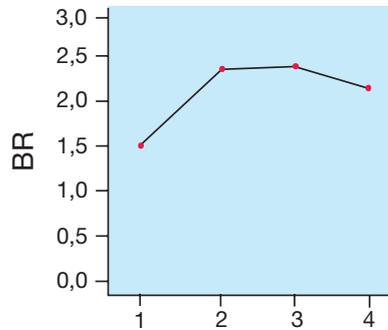
| Faktor | Anfängliche Eigenwerte | | | Rotierte Summe der quadrierten Ladungen | | |
|--------|------------------------|---------------|--------|---|---------------|--------|
| | Gesamt | % der Varianz | Kum % | Gesamt | % der Varianz | Kum % |
| 1 | 10,239 | 36,567 | 36,567 | 4,211 | 15,041 | 15,041 |
| 2 | 2,029 | 7,245 | 43,811 | 4,048 | 14,157 | 29,498 |
| 3 | 1,802 | 6,437 | 50,248 | 3,703 | 13,223 | 42,721 |
| 4 | 1,369 | 4,890 | 55,138 | 1,782 | 6,365 | 49,086 |
| 5 | 1,095 | 3,909 | 59,048 | | | |

Anmerkung: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
Faktoren 6–28 werden nicht dargestellt

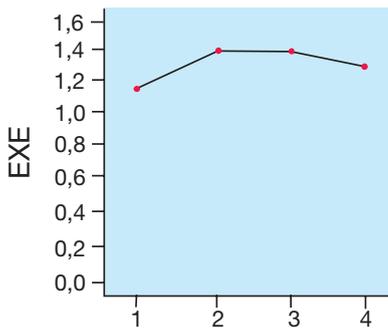
Tabelle-Anhang 18: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr nach Alter (einfaktorielle ANOVA) (n=364).



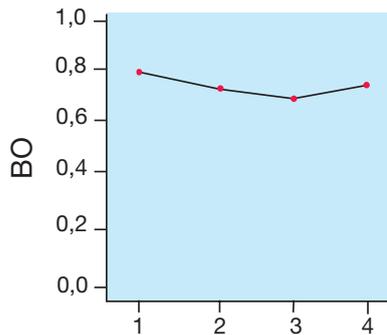
Alter Quartile
 $F = 2,26$ ($p = 0,08$)



Alter Quartile
 $F = 10,72$ ($p = 0,00$)



Alter Quartile
 $F = 1,53$ ($p = 0,21$)

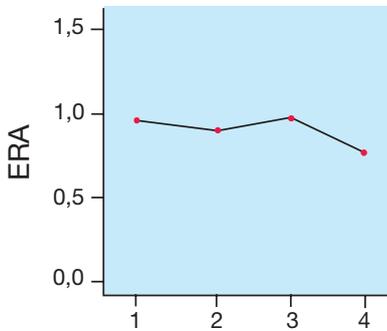


Alter Quartile
 $F = 0,49$ ($p = 0,69$)

Anmerkungen: 1. Quartil: bis 30 Jahre
 2. Quartil: 30-38 Jahre
 3. Quartil: 38-44 Jahre
 4. Quartil: ab 44 Jahre

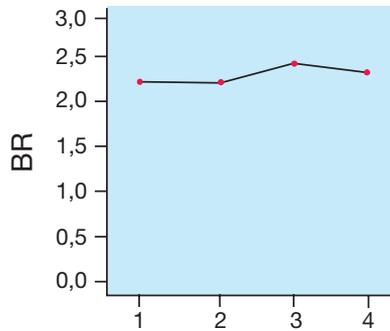
ERA = Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand
 BR = Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen
 EXE = Einsätze mit Extremforderungen
 BO = Einsätze mit bekannten Opfern

Tabelle-Anhang 19: Mittelwertvergleiche der Skalen zur Erfassung von Anforderungen in der freiwilligen und Berufsfeuerwehr nach Berufserfahrung (einfaktorielle ANOVA) (n = 364).



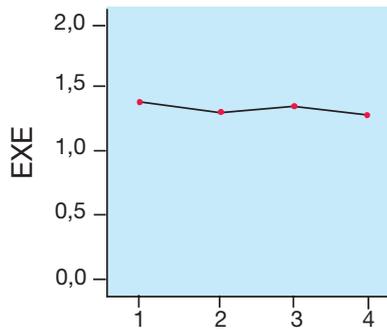
Quartile
Feuerwehrerfahrung

$F = 1,13$ ($p = 0,34$)



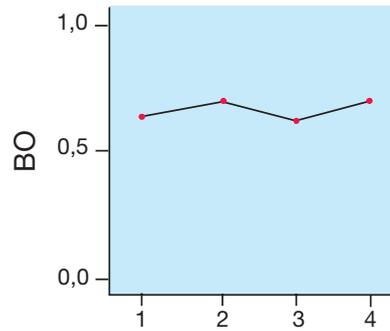
Quartile
Feuerwehrerfahrung

$F = 0,40$ ($p = 0,75$)



Quartile
Feuerwehrerfahrung

$F = 0,15$ ($p = 0,93$)



Quartile
Feuerwehrerfahrung

$F = 0,27$ ($p = 0,85$)

- Anmerkungen:**
1. Quartil: bis 9,4 Jahre
 2. Quartil: 9,4-15,7 Jahre
 3. Quartil: 15,7-21,7 Jahre
 4. Quartil: ab 21,7 Jahre

ERA = Einsätze mit erhöhtem Regulationsaufwand
 BR = Einsätze mit behindernden Rahmenbedingungen
 EXE = Einsätze mit Extremforderungen
 BO = Einsätze mit bekannten Opfern

Anhang 2 Erfassungsbogen

Fragebogen zur systematischen Erfassung von Experten, Anbietern und Teams für die Psychosoziale Notfallversorgung in der Datenbank deNIS®

Stand 15. März 2005

Entwurf erstellt durch das Forschungsprojekt Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) im Auftrag des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)

Leitung: Frau Professor Dr. Irmtraud Beerlage

Allgemeine Angaben

Ich vertrete ein Angebot der Psychosozialen Notfallversorgung und beantworte die folgenden Fragen als

Teammitglied

ich fordere für weitere Teammitglieder(Anzahl) Erfassungsbögen an

Ansprechpartner/in:

Team – Name:

Straße:

PLZ Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil 1:

Mobil 2:

E-Mail:

Website:

Mitglied der Bundes-Task-Force PSU

Einzelperson z.B. niedergelassene(r) Psychotherapeut(in)

Herr

Frau

Titel:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil 1:

Mobil 2:

E-Mail:

Website:

1. Einsatzgebiet

In welchen Gebieten sind Sie, bzw. Ihre Organisation/Team einsetzbar, wo können Sie tätig werden?

- bundesweit
- regional

.....(Bundesland/ Landkreis/ Ort/ Region)

2. Berufliche Qualifikation

(Bitte Nachweise beilegen)
(Mehrnennungen möglich)

Welche berufsqualifizierenden Bildungsabschlüsse haben Sie?

- Universitäts- oder Hochschulabschlüsse

.....(genaue Bezeichnung)

.....(genaue Bezeichnung)

.....(genaue Bezeichnung)

- Fachschulabschlüsse/ Berufsabschlüsse

.....(genaue Bezeichnung)

.....(genaue Bezeichnung)

.....(genaue Bezeichnung)

3. Qualifikationen im Zivil- und Katastrophenschutz

(Bitte Nachweise beilegen)
(Mehrnennungen möglich)

Haben Sie eine Ausbildung/Qualifikation, die Sie zur haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeit im Zivil- und Katastrophenschutz befähigt?

- keine (weiter mit 4.)
- ja

- Rettungsdienst
 - Rettungshelfer(in)
 - Rettungssanitäter(in)
 - Rettungsassistent(in)
 - andere

.....(welche?)

- Berufsfeuerwehr.....(Ihr Dienstrang)

- freiwillige Feuerwehr.....(Ihr Dienstrang)

- Polizei.....(Ihr Dienstrang)

- Bundesgrenzschutz/Bundespolizei.....(Ihr Dienstrang)

- Bundeswehr.....(Ihr Dienstrang)

- Technisches Hilfswerk (THW).....(Ihr Dienstrang)

4. Erfahrung im Einsatzwesen und in Organisationen mit erhöhtem Gefährdungspotenzial.

Sind oder waren Sie hauptberuflich/ehrenamtlich in folgenden Organisationen tätig?
(Mehrfachnennungen möglich – je Zeile bitte nur ein Eintrag)

- nein (weiter mit 5.)
 ja

| Organisation | gegenwärtig in der Organisation tätig | früher in der Organisation tätig gewesen | gegenwärtig im Auftrag der Organisation tätig | früher im Auftrag der Organisation tätig gewesen | Tätigkeit umfasst(e) psychosoziale Aufgaben |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|---|
| Berufsfeuerwehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freiwillige Feuerwehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werksfeuerwehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rettungsdienst (DRK) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rettungsdienst (MHD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rettungsdienst (ASB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rettungsdienst (JUH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rettungsdienst (sonstige) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DLRG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEG/KatSchutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polizei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bundsgrenzschutz/ Bundespolizei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| THW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bundeswehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bahn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftfahrt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Banken/ Geldinstitute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sicherheitswesen/-dienste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

als:.....(bitte Tätigkeit angeben)

5. Welche Qualifikationen im Bereich Psychosoziale Notfallversorgung haben Sie und an wen richten sich die Angebote?

(Bitte Nachweise beilegen)
(Mehrfachnennungen möglich)

5a) Nicht-therapeutische Angebote an Einsatzkräfte

Einsatzvorbereitung

- Stressimmunisierung
.....(genaue Bezeichnung/ Methode)
- Stressmanagement
.....(genaue Bezeichnung/ Methode)
- Qualifizierung von Einsatzkräften/ gefährdeten Berufsgruppen zu psychosozialen Fragestellungen (Lehrtätigkeit)
.....(genaues Thema)

Kurz- und mittelfristige Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge

(Bitte Nachweise beilegen)
(Mehrfachantworten möglich)

| Qualifikation | Abschluss bei Bildungsträger/ Ort |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CISM Kursbaustein I |/..... |
| <input type="checkbox"/> CISM Kursbaustein II |/..... |
| <input type="checkbox"/> CISM Kursbaustein III |/..... |
| <input type="checkbox"/> SbE Debriefingleiter |/..... |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation als Seelsorger(in) |/..... |
|(in BOS – s. 4) | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation als Peer |/..... |
|(in BOS – s. 4) | |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter(in) im psychosozialen Dienst |/..... |
|(in BOS – s. 4) | |
| <input type="checkbox"/> Psychologe(in) |/..... |
| <input type="checkbox"/> für BOS Vertragspsychologe(in) |(wo?) |
| <input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin |/..... |
| <input type="checkbox"/> für BOS Vertragsarzt/ärztin |(in BOS – s. 4) |
| <input type="checkbox"/> sonstige psychosoziale Qualifikation |/..... |
|(welche Qualifikation?) | |
|(in BOS – s. 4) | |

5b) **Nicht-therapeutische** Angebote an Opfer, Angehörige und Hinterbliebene

| Qualifikation | Abschluss bei Bildungsträger/ Ort |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> für Krisenintervention im Rettungsdienst |/..... |
| <input type="checkbox"/> für Notfallseelsorge |/..... |
| <input type="checkbox"/> für notfallpsychologische Akuthilfen |/..... |
|(welche Qualifikation?) | |
| <input type="checkbox"/> für psychotraumatologische Akuthilfen |/..... |
|(welche Qualifikation?) | |
| <input type="checkbox"/> für Tätigkeit in Krisendiensten |/..... |
| (z.B. Krisenambulanzen, Telefonseelsorge, Opferberatung) | |
|(welche Qualifikation?) | |

Erfahrungen mit definierten Zielgruppen und Problemlagen

- bestimmte Altersgruppen (Kinder/Jugendliche/Erwachsene/Alte?)
.....
- bestimmte Ereignisse (Suizid/Unfall/bestimmte Katastrophenlagen?)
.....
- bestimmte Kulturkreise/Religionen
.....
- bestimmte individuelle Ausgangsbedingungen (z.B. Behinderungen)
.....

5c) **Therapeutische Angebote/** selbständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten

- ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- psychologische(r) Psychotherapeut(in)
 - notfallpsychologische Zusatzqualifikation nach Bundespsychotherapeutenkammer
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut(in)
- Facharzt/Fachärztin für
 - Neurologie
 - Nervenheilkunde
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Psychotherapeutische Medizin
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
-(weitere)
-(weitere)

Ich arbeite mit folgenden Verfahren:

in den Bereichen

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Stationäre Traumatherapie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Akut-Traumatologie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Traumatische Trauer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Trauma bei Kindern | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Trauma bei Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Trauma bei Erwachsenen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Kindern | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Gruppen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Paaren | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Therapeutische Erfahrung mit Familien | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Ich kann in folgenden Sprachen auch fremdsprachliche Traumatherapie anbieten:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> englisch | <input type="checkbox"/> französisch | <input type="checkbox"/> griechisch | <input type="checkbox"/> italienisch |
| <input type="checkbox"/> niederländisch | <input type="checkbox"/> russisch | <input type="checkbox"/> spanisch | <input type="checkbox"/> türkisch |
| <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____ | | | |

5d) Weiterbildung zur Ausübung von Führungsfunktionen in der PSNV

| Qualifikation | Abschluss bei Bildungsträger/ Ort |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fachberater(in) PSU |/..... |
| <input type="checkbox"/> Leiter(in) PSU |/..... |
| <input type="checkbox"/> Führungsassistent(in) PSU |/..... |
| <input type="checkbox"/> Leiter(in) Koordinierungsstelle |/..... |

6. Trägerschaft des Angebotes/Arbeitgeber

Aus welcher Trägerorganisation heraus bieten Sie Ihre Leistungen im Rahmen der Psychosozialen Notfallversorgung an? (muss nicht identisch mit Arbeitgeber sein)?

- Träger/Arbeitgeber
- öffentliche, z.B. kommunale Verwaltung
 - Forschung und Lehre
 - Kirche/Glaubensgemeinschaft: welche?
 - Privatwirtschaftlich/freiberuflich
 - eingetragener Verein
 - sonstige: _____

7. Einsatzerfahrung in Großschadenslagen

| Ereignis, Ort, Datum | Betreuung bitte Zielgruppe angeben | Koordination bitte Zielgruppe angeben | Zeitraum der Tätigkeit (von/bis) |
|----------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. Ich bin berufenes Mitglied der Unterstützungsgruppe PSU/ Bundes-Task-Force PSU

- nein
 ja

9. Unter welchen Voraussetzungen bieten Sie Psychosoziale Notfallversorgung an – Finanzierungsform?

(Mehrfachnennungen möglich)

9a) Nicht heilkundliche Angebote

- ehrenamtlich
 privatwirtschaftlich
 im Rahmen meiner dienstlichen Aufgaben
 Amtshilfe zwischen BOS bei bestehender Vereinbarung
 nach Absprache

9b) Heilkundliche Angebote – Psychotherapie

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Privat | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Berufsgenossenschaften | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Zivilschutz-Forschung, Neue Folge

Schriftenreihe der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
Herausgegeben vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
im Auftrag des Bundesministeriums des Innern

ISSN 0343-5164

Stand 2/2006

Band 58

Roland Harig, Gerhard Matz, Peter Rusch
Infrarot-Fernerkundungssystem für die chemische Gefahrenabwehr
2006, 136 Seiten, Broschur

Band 57

I. Beerlage, T. Hering, L. Nörenberg
Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung
2006, 304 Seiten, Broschur

Band 56

Aufbau und Ablauf der Dekontamination und Notfallversorgung Verletzter bei Zwischenfällen mit chemischen Gefahrstoffen
2004, 260 Seiten, Broschur

Band 55

51. und 52. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
– Vorträge –
2004, 234 Seiten, Broschur

Band 54

E. Pfenninger, S. Himmelseher, S. König
Untersuchung zur Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die katastrophenmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
2004, 288 Seiten, Broschur

Band 53

L. Clausen
Schwachstellenanalyse aus Anlass der Havarie der PALLAS
2003, 219 Seiten, Broschur

Band 52

49. und 50. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
– Vorträge –
2003, 212 Seiten, Broschur

Band 51

W.R. Dombrowsky, J. Horenczuk, W. Streitz
Erstellung eines Schutzdatenatlases
2003, 268 Seiten, Broschur

Band 50

R. Zech
Entgiftung von Organophosphaten durch Phosphorylphosphatasen und Ethanolamin
2001, 186 Seiten, Broschur

Band 49

G. Matz, A. Schillings, P. Rechenbach
Task Force für die Schnellanalytik bei großen Chemieunfällen und Bränden
2003, 268 Seiten, Broschur

Band 48

Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
“Zweiter Gefahrenbericht “
2001, 92 Seiten, Broschur

Band 47

J. Rasche, A. Schmidt, S. Schneider, S. Waldtmann
Organisation der Ernährungsnotfallvorsorge
2001, 86 Seiten, Broschur

Band 46

F. Gehbauer, S. Hirschberger, M. Markus
Methoden der Bergung Verschütteter aus zerstörten Gebäuden
2001, 232 Seiten, Broschur

Band 45

V. Held

Technologische Möglichkeiten einer möglichst frühzeitigen Warnung der Bevölkerung

– Kurzfassung –

Technological Options for an Early Alert of the Population

– Short Version –

2001, 144 Seiten, Broschur

Band 44

E. Pfenninger, D. Hauber

Medizinische Versorgung beim Massenfall Verletzter bei Chemikalienfreisetzung

2001, 140 Seiten, Broschur

Band 43

D. Ungerer, U. Morgenroth

Empirisch-psychologische Analyse des menschlichen Fehlverhaltens in Gefahrensituationen und seine verursachenden und modifizierenden Bedingungen sowie von Möglichkeiten zur Reduktion des Fehlverhaltens

2001, 300 Seiten, Broschur

Band 42

45., 46. und 48. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern

– Vorträge –

2000, 344 Seiten, Broschur

Band 41

W. König, A. Drynda, B. König, R. Arnold, P. Wachtler, M. Köller

Einfluss von Zytokinen und Lipidmediatoren auf die Kontrolle und Regulation spezifischer Infektabwehr bei Brandverletzung

2001, 76 Seiten, Broschur

Band 40

F. Schuppe

Entwicklung von Dekontaminationsmitteln und –verfahren bei Austritt von Industriechemikalien

2001, 124 Seiten, Broschur

Band 39

TÜV Energie und Umwelt GmbH

Optimierung des Schutzes vor luftgetragenen Schadstoffen in Wohngebäuden

2001, 108 Seiten, Broschur

Band 38

W. Kaiser, M. Schindler

Rechnergestütztes Beratungssystem für das Krisenmanagement bei chemischen Unfällen (DISMA®)

1999, 156 Seiten, Broschur

Band 36

M. Weiss, B. Fischer, U. Plappert,

T. M. Fliedner

Biologische Indikatoren für die Beurteilung multifaktorieller Beanspruchung

Experimentelle, klinische und systemtechnische Untersuchung

1998, 104 Seiten, Broschur

Band 35

K Amman, A.-N. Kausch, A. Pasternack,

J. Schlobohm, G. Bresser, P. Eulenburg

Praxisanforderungen an Atem- und Körperschutzausstattung zur Bekämpfung von Chemieunfällen

2003, 158 Seiten, Broschur

Band 34

S. Bulheller, W. Heudorfer

Untersuchung der Wirksamkeit von Selbstschutzausstattung bei Chemieunfällen

2003, 278 Seiten, Broschur

Band 33

J. Bernhardt, J. Haus, G. Hermann,

G. Lasnitschka, G. Mahr, A. Scharmann

Laserspektrometrischer Nachweis von Strontiumnukliden

1998, 128 Seiten, Broschur

Band 32

G. Müller

Kriterien für Evakuierungsempfehlungen bei Chemikalienfreisetzungen

1998, 244 Seiten +Faltkarte, Broschur

Band 31

G. Schallehn und H. Brandis

Beiträge zur Isolierung und Identifizierung von Clostridium sp. und Bacillus sp. sowie zum Nachweis deren Toxine

1998, 80 Seiten, Broschur

Band 30

G. Matz

Untersuchung der Praxisanforderung an die Analytik bei der Bekämpfung großer Chemieunfälle

1998, 192 Seiten, Broschur

Band 29

D. Hesel, H. Kopp und U. Roller

Erfahrungen aus Abwehrmaßnahmen bei chemischen Unfällen

1997, 152 Seiten, Broschur

- Band 28
R. Zech
Wirkungen von Organophosphaten
1997, 110 Seiten, Broschur
- Band 27
G. Ruhrmann, M. Kohring
Staatliche Risikokommunikation bei Katastrophen
Informationspolitik und Akzeptanz
1996, 207 Seiten, Broschur
- Band 26
43. und 44. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
- Vorträge -
1997, 326 Seiten, Broschur
- Band 25
K. Buff, H. Greim
Abschätzung der gesundheitlichen Folgen von Großbränden
- Literaturstudie - Teilbereich Toxikologie
1997, 138 Seiten, Broschur
- Band 24
42. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
- Vorträge -
1996, 205 Seiten, Broschur
- Band 23
K. Haberer, U. Böttcher
Das Verhalten von Umwelchemikalien in Boden und Grundwasser
1996, 235 Seiten, Broschur
- Band 22
B. Gloebel, C. Graf
Inkorporationsverminderung für radioaktive Stoffe im Katastrophenfall
1996, 206 Seiten, Broschur
- Band 21
Arbeiten aus dem Fachausschuß III: Strahlenwirkungen – Diagnostik und Therapie
1996, 135 Seiten, Broschur
- Band 20
Arbeiten aus dem Fachausschuß V
I. – D. Henschler: Langzeitwirkungen phosphor-organischer Verbindungen
II. – H. Becht: Die zellvermittelte typübergreifende Immunantwort nach Infektion mit dem Influenzavirus
III. – F. Hoffmann, F. Vetterlein, G. Schmidt: Die Bedeutung vasculärer Reaktionen beim akuten Nierenversagen nach großen Weichteilverletzungen (Crush-Niere)
1996, 127 Seiten, Broschur
- Band 19
Radioaktive Strahlungen
I. - B. Kromer unter Mitarbeit von K.O. Münich, W. Weiss und M. Zähringer: Nuklidspezifische Kontaminationserfassung
II. - G. Hehn: Datenaufbereitung für den Notfallschutz
1996, 164 Seiten, Broschur
- Band 18
L. Clausen, W. R. Dombrowsky, R. L. F. Strangmeier
Deutsche Regelsysteme Vernetzungen und Integrationsdefizite bei der Erstellung des öffentlichen Gutes Zivil- und Katastrophenschutz in Europa
1996, 130 Seiten, Broschur
- Band 17
41. Jahrestagung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern
– Vorträge –
1996, 197 Seiten, Broschur
- Band 16
F.E. Müller, W. König, M. Köller
Einfluß von Lipidmediatoren auf die Pathophysiologie der Verbrennungskrankheit
1993, 42 Seiten, Broschur
- Band 15
Beiträge zur dezentralen Trinkwasserversorgung in Notfällen
Teil II: K. Haberer und M. Drews
1. Einfache organische Analysemethoden
2. Einfache Aufbereitungsverfahren
1993, 144 Seiten, Broschur
- Band 14
Beiträge zu Strahlenschäden und Strahlenkrankheiten
I. – H. Schüßler: Strahleninduzierte Veränderungen an Säugetierzellen als Basis für die somatischen Strahlenschäden
II. – K.H. von Wangenheim, H.-P. Peterson, L.E. Feinendegen: Hämopoieseschaden, Therapieeffekte und Erholung
III. – T.M. Fliedner, W. Nothdurft: Präklinische Untersuchungen zur Beschleunigung der Erholungsvorgänge in der Blutzellbildung nach Strahleneinwirkung durch Beeinflussung von Regulationsmechanismen
IV. – G.B. Gerber: Radionuklid Transfer
1993, 268 Seiten, Broschur
- Band 13
H. Mönig, W. Oehlert, M. Oehlert, G. Konermann
Modifikation der Strahlenwirkung und ihre Folgen für die Leber
1993, 90 Seiten, Broschur

Band 12

Biologische Dosimetrie

I. – H. Mönig, W. Pohlitz, E. L. Sattler:
Einleitung: Dosisabschätzung mit Hilfe der
Biologischen Dosimetrie

II. – H. J. Egner et al.: Ermittlung der Strahlen-
exposition aus Messungen an Retikulozyten

III. – H. Mönig, G. Konermann: Strahlenbe-
dingte Änderung der Chemilumineszenz von
Granulozyten als biologischer Dosisindikator

IV. – P. Bidon et al.: Zellmembranänderungen
als biologische Dosisindikatoren. Strahlen-
induzierte Membranänderung im subletalen
Bereich. Immunbindungsreaktionen an
Lymphozyten

1993, 206 Seiten, Broschur

Band 11

vergriffen

Beiträge zur Katastrophenmedizin

1993, 135 Seiten, Broschur

Band 10

vergriffen

W. R. Dombrowsky

**Bürgerkonzeptionierter Zivil- und Katastro-
phenschutz**

Das Konzept einer Planungszelle Zivil- und
Katastrophenschutz

1992, 79 Seiten, Broschur

Band 9

vergriffen

**39. und 40. Jahrestagung der Schutzkommis-
sion beim Bundesminister des Innern**

– Vorträge –

1993, 264 Seiten, Broschur

Band 8

vergriffen

**Beiträge zur dezentralen Trinkwasser-
versorgung in Notfällen**

Teil I: K. Haberer und U. Stürzer

1991, 78 Seiten, Broschur

Band 7

vergriffen

E. Pfenninger und F. W. Ahnefeld

Das Schädel-Hirn-Trauma

1991, 208 Seiten, Broschur

Band 6

vergriffen

O. Messerschmidt und A. Bitter

Neutronenschäden

**Untersuchungen zur Pathophysiologie,
Diagnostik, Prophylaxe und Therapie**

1991, 96 Seiten, Broschur

Band 5

vergriffen

R. E. Grillmaier und F. Kettenbaum

**Strahlenexposition durch Ingestion von
radioaktiv kontaminiertem Trinkwasser**

1991, 104 Seiten, Broschur

Band 4

vergriffen

W. R. Dombrowsky

**Computereinsatz im Zivil- und Katastro-
phenschutz – Möglichkeiten und Grenzen**

1991, 94 Seiten, Broschur

Band 3

vergriffen

B. Lommler, E. Pitt, A. Scharmann, R. Simmer

**Der Nachweis schneller Neutronen in der
Katastrophendosimetrie mit Hilfe von Aus-
weisen aus Plastikmaterial**

1990, 66 Seiten, Broschur

Band 2

- vergriffen -

G. Hehn

**Gammastrahlung aus radioaktivem Nieder-
schlag – Berechnung von Schutzfaktoren**

1990, 66 Seiten, Broschur

Band 1

- vergriffen -

L. Clausen und W.R. Dombrowsky

**Zur Akzeptanz staatlicher Informations-
politik bei technischen Großunfällen und
Katastrophen**

1990, 115 Seiten, Broschur

**Katastrophenmedizin – Leitfaden für die
ärztliche Versorgung im Katastrophenfall**
3. ergänzte Auflage 2003,
360 Seiten, Broschur

**Biologische Gefahren – Beiträge zum
Bevölkerungsschutz**
2. Auflage 2005,
394 Seiten, Broschur

Broschüren und eine komplette Liste aller
bisher erschienenen und bereits vergriffenen
Bände können kostenlos bezogen werden bei:

**Bundesamt für Bevölkerungsschutz und
Katastrophenhilfe**
Deutscherherrenstraße 93-95
53177 Bonn
oder
über www.bbk.bund.de