



Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II



Band 7



Praxis im Bevölkerungsschutz

Impressum

Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II

Herausgeber:

© Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)
Provinzialstraße 93, 53127 Bonn

Telefon: +49-(0)22899-550-0

Telefax: +49-(0)22899-550-1620

E-Mail: poststelle@bbk.bund.de

URL: www.bbk.bund.de

ISBN: 978-3-939347-37-8

Urheberrechte:

Der vorliegende Band stellt die Meinung der Autoren dar und spiegelt nicht grundsätzlich die Meinung des Herausgebers.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nur in den Grenzen des geltenden Urheberrechtsgesetzes erlaubt.

Zitate sind bei vollständigem Quellenverweis jedoch ausdrücklich erwünscht.

Grafische Gestaltung:

Anna Müller, www.designflavour.de, Hennef

Druck:

Druckpartner moser - Druck und Verlag GmbH, www.dpmoser.de, Rheinbach

3. Auflage:

07.2012 / 4000



Christoph Unger
Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Liebe Leserinnen und Leser,

der vor Ihnen liegende siebte Band der Veröffentlichungsreihe „Praxis im Bevölkerungsschutz“ aus unserem Haus beinhaltet die Ergebnisse, die 2007 – 2010 im Rahmen des so genannten Konsensus-Prozesses zur Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung verabschiedet wurden. 120 Delegierte aus 45 Organisationen und Institutionen, die die Psychosoziale Notfallversorgung in Deutschland maßgeblich verantworten, anbieten und anwenden, haben sich im Zeitraum von drei Jahren in einem intensiven Arbeits- und Abstimmungsprozess auf bundeseinheitliche Standards und Leitlinien geeinigt.

Dieser Prozess ist richtungsweisend für den Bevölkerungsschutz und die Katastrophenhilfe: Er ist gekennzeichnet durch die Bereitschaft, organisations- und fachübergreifend zusammenzuarbeiten und hat Organisationen und Institutionen und viele Fachleute miteinander vernetzt und eng verzahnt. Störungsfrei ineinander fassende, gut laufende Zahnkränze haben wir deshalb auch als Titelbild für diese Publikation gewählt. Im Konsensus-Prozess gelang es beispielhaft, Wissenschaft und Praxis konstruktiv miteinander zu verweben, unterschiedliche Organisationsinteressen und Erkenntnisse der praktischen Hilfeleistung in Einklang zu bringen und gleichzeitig ein hohes fachliches Niveau zu gewährleisten. Er ist damit auch Einsatzvorbereitung im besten Sinne; seine Ergebnisse kommen Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und Vermissenden schwerer Unglücksfälle und Katastrophen ebenso wie den haupt- und ehrenamtlichen Kräften im Einsatzwesen zugute.

Ausgangspunkt für den Konsensus-Prozess war Handlungsbedarf in der Qualitätssicherung der Psy-

chosozialen Notfallversorgung: Die Psychosoziale Notfallversorgung ist in Deutschland mittlerweile vielerorts grundsätzlicher Bestandteil der Versorgungsstruktur nach schweren Not- und Unglücksfällen sowie Katastrophen. Dem inzwischen weit verbreiteten Wissen, dass nicht nur physische Verletzungen der Versorgung bedürfen, sondern auch die psychischen Folgen extrem belastender Ereignisse, wird Rechnung getragen. Verschiedene Unglücksfälle und Katastrophen der letzten Jahrzehnte, wie beispielsweise das Flugschauunglück in Ramstein 1988, das ICE-Unglück in Eschede 1998 oder die Terroranschläge vom 11. September 2001 in den USA, haben das Bewusstsein gegenüber psychosozialen Belangen von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Vermissenden sowie Einsatzkräften geschärft. Deshalb waren diese und weitere Ereignisse Ausgangspunkte für die Entwicklung verschiedener psychosozialer Betreuungsangebote, die heute das Feld der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland bestimmen. Und auch im Bevölkerungsschutz des Bundes hat die Psychosoziale Notfallversorgung mittlerweile einen festen Platz und ist zentraler Bestandteil im Aufgabenspektrum des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). So werden über ein eigenes Forschungsprogramm des BBK wissenschaftliche Studien zur psychosozialen Unterstützung von Einsatzkräften und Betroffenen beauftragt und die Qualitätssicherung gefördert. Gleichzeitig bietet die Akademie des BBK ein vielfältiges Spektrum an Themen des psychosozialen Krisenmanagements an. Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt ist die psychosoziale Betreuung Deutscher, die im Ausland durch schwere Unglücksfälle, Entführungen oder Terroranschläge zu Schaden kommen.

Auch wenn wir heute schon auf ein starkes Netzwerk an verschiedenen Angeboten der Psychosozialen Notfallversorgung bauen können, sind in diesem jungen Fachgebiet Fragen ungeklärt und einige grundlegende Aufgaben noch einzulösen. So bedarf es bundesweit sowohl gut ausgebildeter Fachkräfte, die ihre Fähigkeiten nach einheitlichen, wissenschaftlich gesicherten Standards erworben haben, als auch einer nahtlosen Einbindung der Psychosozialen Notfallversorgung in die bestehenden Strukturen der Gefahrenabwehr, um Betroffenen und Einsatzkräften nach schweren Not- und Unglücksfällen und Katastrophen im Bedarfsfall eine adäquate psychosoziale Betreuung zukommen lassen zu können.

Vor diesem Hintergrund hat es sich das BBK zur Aufgabe gemacht, gemeinsam mit Partnern aus Bundesministerien und -behörden, Innenministerien und Senaten der Länder, einschlägigen Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Fachverbänden der Psychologie und Psychiatrie, Kammern, Feuerwehren, Hilfsorganisationen, Kirchen, Bundeswehr, Technischem Hilfswerk, Bundespolizei, Bundeskriminalamt und von Unfallversicherungsträgern sowie mit namhaften Wissenschaftlern diverser Hochschulen und der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern bundeseinheitliche und mit internationalen Guidelines kompatible Leitlinien und Qualitätsstandards der Psychosozialen Notfallversorgung zu entwickeln. Die Ergebnisse der ersten Konsensus-Konferenz 2008 wurden bereits veröffentlicht. Mit der vorliegenden Publikation sind die Abstimmungsergebnisse aller drei Konsensus-Konferenzen 2008, 2009 und 2010 zusammengefasst.

Die Resultate bilden ein solides Fundament für eine qualifizierte Psychosoziale Notfallversorgung in

Deutschland und Orientierung zur Umsetzung in den Ländern und Kommunen sowie den Organisationen der Gefahrenabwehr. Allein aufgrund der hohen Beteiligung aller im Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland relevanten Partner, stellen die vorliegenden Ergebnisse einen Meilenstein für das gesamte Fachgebiet dar. Gleichzeitig sind die Ergebnisse Ausgangspunkt für alle weiteren Entwicklungen in diesem Feld. Dass dieser gemeinsame Erfolg möglich war, ist dem bemerkenswerten Engagement der verschiedenen beteiligten Vertreter aus den unterschiedlichen Organisationen und Institutionen zu verdanken.

Mein besonderer Dank gilt daher unseren vielen Partnern, die sich am Arbeits- und Abstimmungsprozess 2007-2010 beteiligten und ihre Fachkenntnisse, Erfahrungen sowie ihre Zeit eingebracht haben. Die Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung hat im Sinne von Betroffenen und Einsatzkräften damit einen großen Schritt nach vorne gemacht. Und unter diesen Voraussetzungen bin ich sicher, dass wir auch in Zukunft gemeinsame Antworten auf noch offene Fragen finden werden. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit.

Bonn, im August 2011



Christoph Unger

Präsident
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und
Katastrophenhilfe

Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II

erarbeitet vom

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

in Kooperation mit Delegierten aus

Bundesministerien und Bundesbehörden (Auswärtiges Amt, Bundesanstalt Technisches Hilfswerk, Bundeskriminalamt, Bundesministerium des Innern, Bundesministerium der Verteidigung, Bundespolizei),

Innenministerien und Senaten der Länder (Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen),

Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Fachverbänden (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung Einsatzkräfte, Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V., Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V., Deutsche Gesellschaft für Post-Traumatische-Stress-Bewältigung e.V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.),

Feuerwehren (Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Feuerwehrverband e.V.),

Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V., Deutsches Rotes Kreuz e.V., Johanniter Unfall-Hilfe e.V., Malteser Hilfsdienst e.V.),

Kammern (Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer),

Kirchen (evangelische und katholische Notfallseelsorge),

sowie Wissenschaftlern aus Hochschulen in Berlin, Freiburg, Magdeburg-Stendal und München und der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern.

Weitere fachliche Kooperation im Rahmen der Erarbeitung bestanden mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz in der Schweiz und der Magistratsdirektion der Stadt Wien, Österreich.

Verfasst durch:

Dipl.-Soz. Verena Blank-Gorki
Dipl.-Soz. Dr. Jutta Helmerichs

Unter Mitwirkung von:

Dipl.-Psych. Johannes Wadle
Dipl.-Päd. Prof. Dr. Harald Karutz

Inhalt

1	Vorwort Christoph Unger
I. Kapitel	Auf dem Weg zu gemeinsamen Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung: Der Konsensus-Prozess 2007-2010
7	Ausgangslage und Zielsetzung
8	Rahmenbedingungen
13	Themenfelder
16	Fachliche Grundlagen
16	Entstehung der Ergebnisse: Anmerkungen zum Arbeitsprozess
II. Kapitel	Ergebnisse des Konsensus-Prozesses 2007-2010: Standards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung
19	Informationsmanagement
31	Psychosoziales Krisenmanagement und strukturelle Regelungen
34	Einbindung der PSNV in den Einsatzalltag
37	Zuständigkeiten, Schnittstellen und Vernetzung
44	Aus- und Fortbildung
52	PSNV auf Ebene der Bundesländer: Empfehlungen aus den Ländern für die Länder
56	Fachliche Weiterentwicklung 2008 verabschiedeter Leitlinien
III. Kapitel	Nach dem Konsensus-Prozess 2007-2010: Offene Fragen, Handlungsbedarf und Perspektiven
59	Aus- und Fortbildung: Entwicklung von Curricula
60	Vernetzung auf Ebene der Bundesländer
60	Schnittstelle polizeiliche und nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr
61	Rechtliche Grundlagen und Fragestellungen
63	Symposium Qualitätssicherung PSNV
63	Evaluation von PSNV-Einsätzen

IV. Kapitel	Beteiligte Partner: Unterzeichnende und Mitwirkende im Konsensus-Prozess 2007-2010
67	Liste der beteiligten Partner
76	Konferenzbeiträge und Stellungnahmen beteiligter Partner
V. Kapitel	Zusätzliche Materialien zum Konsensus-Prozess 2007-2010
93	Fachliche Grundlagen und Quellen
96	Gutachten von Prof. Dr. iur. K. Fehn, 2010 (Zusammenfassung)
102	Gutachten von Prof. Dr. phil. I. Beerlage, 2008 (Zusammenfassung)
114	Gutachten von Prof. Dr. phil. Dr. med. J. Bengel und K. Becker, 2008 (Zusammenfassung)
118	Publikationen zum Konsensus-Prozess 2007-2010
119	Bildnachweis

I. Kapitel

Auf dem Weg zu gemeinsamen Qualitätsstandards und
Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung:
Der Konsensus-Prozess 2007-2010

Ausgangslage und Zielsetzung

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in Deutschland hat sich besonders in den letzten Jahren sehr dynamisch in Praxis und Forschung weiterentwickelt.¹ Mittlerweile existieren fachlich fundierte Erkenntnisse zu unterschiedlichen Fragestellungen der PSNV. Gleichzeitig besteht im gesamten Bundesgebiet ein fast flächendeckendes System der PSNV, durch das die psychosoziale Betreuung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissten nach schweren Unglücken und Notfällen sichergestellt ist. Zudem rücken auch die psychischen einsatzbedingten Belastungen von Einsatzkräften immer mehr in den Fokus. Das hat zur Folge, dass es in immer mehr Einsatzorganisationen Angebote und Strukturen der psychosozialen Prävention gibt, die zielgruppenspezifisch weiterentwickelt werden.

PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste sowie für Einsatzkräfte ist somit inzwischen ein selbstverständlicher und breit akzeptierter Bestandteil der Versorgung nach Unglücksfällen sowie Katastrophen und ergänzt die medizinische und technische Hilfeleistung. Viele verschiedene Organisationen und Institutionen bieten vor diesem Hintergrund Maßnahmen und Angebote zur Unterstützung bei der Verarbeitung psychisch belastender Erlebnisse an. Dazu gehören beispielsweise die Krisenintervention im Rettungsdienst (KIT), die Notfall-, Polizei- und Feuerwehrseelsorge, die Notfallpsychologie u. v. m.

Mit dem Ziel vor Augen, den Betroffenen von schweren Unglücksfällen und Katastrophen möglichst gute und umfassende psychosoziale Maßnahmen anbieten zu können, haben viele der PSNV-Anbieter über die

zurückliegenden Jahre eigene Qualitätsstandards und Ausbildungskonzepte entwickelt. Allerdings lag der Entwicklung lange Zeit keine einheitliche fachliche Basis zugrunde, so dass die entwickelten Standards im Vergleich untereinander nicht deckungsgleich waren. Inzwischen sind allein in Deutschland zahlreiche wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu verschiedenen Themenfeldern der PSNV vorgelegt worden, die den Anbietern eine erste Orientierung liefern. Dazu gehören vor allem die Arbeiten der Hochschule Magdeburg-Stendal und der Ludwig-Maximilians-Universität München, die vom Bundesministerium des Innern (BMI) durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in Auftrag gegeben wurden. Das Team um Frau Prof. Dr. Irmtraud Beerlage (HS Magdeburg-Stendal) arbeitete in diesem Rahmen an der „Entwicklung von Standards, Empfehlungen und Umsetzungsrahmenplänen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“ und forschte anschließend zum Thema „Organisationsprofile, Gesundheit und Engagement im Einsatzwesen“. Herr Prof. Dr. Willi Butollo (LMU München) und seine Mitarbeiter entwickelten Grundlagen im Bereich der „Primären und Sekundären Prävention im Einsatzwesen“.

Aufgegriffen und fortgesetzt wurden diese ersten umfassenden Bemühungen um Qualitätssicherung in der PSNV durch den so genannten Konsensus-Prozess 2007-2010, der auf Vorschlag der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern vom BBK initiiert wurde. Die im Zuge dessen entwickelten und verabschiedeten bundesweiten Standards und Leitlinien haben für das Feld der PSNV strukturierende, vereinheitlichende und harmonisierende Wirkung.

¹ Im Sinne einer flüssigen Lesbarkeit wurde im gesamten Text auf die doppelte Nennung männlicher und weiblicher Bezeichnungen von Personengruppen verzichtet und die männliche Form verwendet. Grundsätzlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

Rahmenbedingungen

Die konkreten Arbeiten zum Konsensus-Prozess begannen im Herbst 2007. Vorausgegangen war der Entschluss des Fachgremiums zur Begleitung der genannten Forschungsprojekte (Projektbegleitender Arbeitskreis, PAK), die wissenschaftlichen Ergebnisse und daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen für eine rasche Umsetzung in der Praxis verfügbar zu machen.

Zunächst auf die Dauer von einem Jahr angelegt, wurde im Verlauf des Arbeits- und Abstimmungsprozesses zur Vorbereitung der Konsensus-Konferenz 2008 deutlich, dass eine Vielzahl an Fragen im Feld der PSNV zu komplex war und ist, um sie in kurzer Zeit abschließend zu bearbeiten. Somit wurden die intensiven Arbeiten fortgesetzt, um mit dem anvisierten Ende des Konsensus-Prozesses im November 2010 ein umfassendes und fundiertes Leitlinienpaket vorlegen zu können.

Der Gesamtprozess war vor allem durch intensiven fachlichen Austausch zwischen den beteiligten Partnern gekennzeichnet. Vom BBK koordiniert und moderiert, fanden neben schriftlichen Abstimmungen zu den einzelnen Themenfeldern mehrere Treffen statt, bei denen entscheidende Punkte im direkten Gespräch geklärt werden konnten. Jeweils im November 2008, 2009 und 2010 wurden die zwischenzeitlich erarbeiteten Leitlinien und Standards zur Abstimmung in das so genannte Konsensus-Gremium

gegeben, für das aus jeder beteiligten Organisation ein stimmberechtigter Vertreter benannt worden war. Mit der Zustimmung der Delegierten ist die freiwillige Selbstverpflichtung zur Einhaltung der Leitlinien verbunden.

Zu Beginn des Konsensus-Prozesses wurde die Verbindlichkeit der Leitlinien intensiv diskutiert. Es herrschte zeitweilig Uneinigkeit darüber, ob der Begriff „Leitlinie“ in Analogie zur ärztlich-medizinischen Verwendung genutzt werden kann.² Der Grund für diese Diskussion lag vor allem in den unterschiedlichen Auffassungen über die Rechtsverbindlichkeit von Leitlinien. Letztendlich konnte aber Einigkeit darüber erzielt werden, dass die verabschiedeten Leitlinien korrespondierend zum Verständnis der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) verstanden werden sollen. Demnach sind die Leitlinien als systematische Orientierungshilfen für das Handeln und Entscheiden sowie für die Konzeptentwicklung im Bereich der PSNV gedacht. Sie sollen also als fachlich fundierte Basis für operative Kräfte und Führungskräfte sowie den an der konzeptionellen Weiterentwicklung und strukturellen Einbindung der PSNV arbeitende Personen dienen. Dem Grundsatz, dass Leitlinien „rechtlich nicht bindend [sind] und daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“ (AWMF; <http://leitlinien.net>; Stand: September 2010) haben, wird selbstverständlich auch hier gefolgt.

² In Deutschland besteht im Bereich der Medizin die Differenzierung zwischen Empfehlungen (Handlungsvorschläge, niedriger Verbindlichkeitsgrad), Leitlinien (systematisch erarbeitete Orientierungshilfen, mittlerer Verbindlichkeitsgrad) und Richtlinien (verbindliche Handlungsregelung, hoher Verbindlichkeitsgrad).

Konsensus-Konferenz 2008

Auf der ersten der insgesamt drei Konsensus-Konferenzen im November 2008 wurden die ersten bundesweiten Leitlinien und Standards für die PSNV einstimmig verabschiedet. Schwerpunkt war die Festlegung von Grundlagen und sprachlichen Regelungen. Aber auch in vielen weiteren Themenfeldern, wie beispielsweise strukturellen Aspekten und Fragen zum Einsatzalltag, konnten erste konsensuale Aussagen getroffen werden. Gleichzeitig stand die Konsensus-Konferenz 2008 im Zeichen der Planungen für die Fortsetzung des Konsensus-Prozesses. Die beteiligten Partner sprachen sich geschlossen

für die Weiterbearbeitung der im vorangegangenen Arbeits- und Abstimmungsprozess offen gebliebenen Fragen aus und entschieden, dass nunmehr in Form von Facharbeitsgruppen die Arbeiten an weiteren Leitlinien und Standards gemeinsam fortgesetzt und intensiviert werden sollten.

Sowohl die ersten Leitlinien und Standards als auch die Zukunftsperspektiven für den weiteren Konsensus-Prozess bis 2010 erschienen im Frühjahr 2009 in einer umfassenden Ergebnisdokumentation (vgl. Abb. 1).

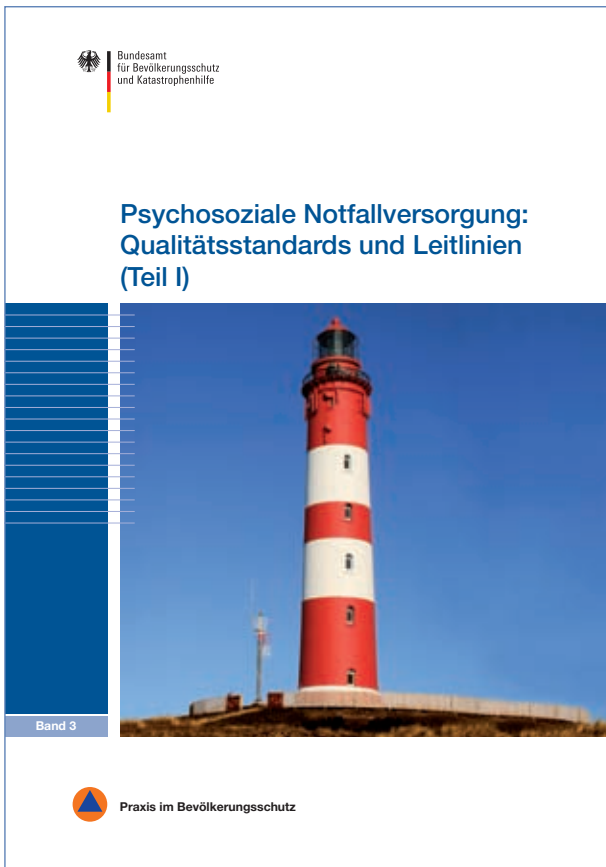


Abb. 1: Titelbild der Publikation zur Konsensus-Konferenz 2008



Konsensus-Konferenz 2009

Wie auf der Konsensus-Konferenz 2008 verabschiedet, nahmen vier verschiedene Facharbeitsgruppen ihre Arbeit auf und entwickelten Vorschläge für die zuvor offen gebliebenen Fragen (vgl. Abb. 2). Im Einzelnen beschäftigten sich die Gruppen mit folgenden Themen: **Die Facharbeitsgruppe 1 „Strukturelle Einbindung“** widmete sich den Klärungsbedarfen im Bereich „Psychosoziales Krisenmanagement“, erarbeitete also beispielsweise Empfehlungen für die Einbindung der PSNV in Einsatzabschnittsstrukturen und zur Einbindung von PSNV-Führungskräften. **Facharbeitsgruppe 2 „Tätigkeits- und Kompetenzprofile“** begann mit der Entwicklung von Tätigkeits- und Kompetenzprofilen für ausgewählte operative PSNV-Kräfte, wie beispielsweise psychosoziale Akuthelfer (Notfallseelsorger, KIT-Mitarbeiter usw.) oder psychosoziale Fachkräfte speziell im Bezug auf die Einsatzkräftenachsorge. Mit dem Thema **„Einsatzalltag“** beschäftigte sich die **Facharbeitsgruppe 3**. Hierbei nahmen die Teilnehmer sowohl die Zielgruppe der Einsatzkräfte in den Blick, erarbeiteten aber auch Empfehlungen für die Strukturierung und Vernet-

zung der psychosozialen Akuthilfe als Teil der PSNV im Einsatzalltag. Einen besonderen Status nahm die **Facharbeitsgruppe 4 „Landeszentralstellen und Vernetzung“** ein, die sich speziell mit Empfehlungen und Leitlinien für die PSNV auf Ebene der Bundesländer beschäftigte. Während sich die anderen Gruppen aus allen im Konsensus-Prozess vertretenen Organisationen und Institutionen zusammensetzten, war die Beteiligung an Facharbeitsgruppe 4 den Fachbeauftragten für PSNV aus den jeweiligen Innenministerien/Senaten der Länder vorbehalten. Diese Gruppe erarbeitete dementsprechend Ergebnisse „aus den Ländern für die Länder“, unabhängig von Interessen anderer Organisationen und des Bundes.

Die einzelnen Resultate aus den Facharbeitsgruppen wurden auf der Konsensus-Konferenz 2009 zusammengeführt und entweder erneut zur Weiterbearbeitung empfohlen oder bereits konsensual verabschiedet. Letzteres traf auf die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe „Einsatzalltag“ zu.

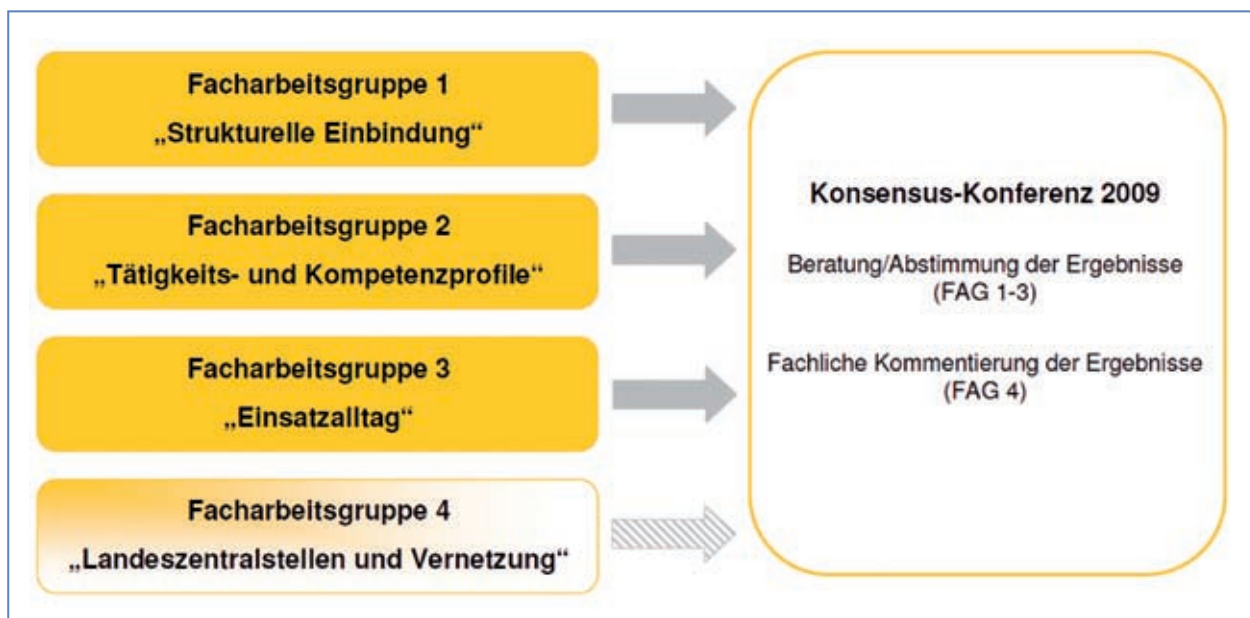


Abb. 2: Facharbeitsgruppen (FAG) im Konsensus-Prozess 2009



Abschluss-Konsensus-Konferenz 2010

Nach der „Zwischenetappe“ Konsensus-Konferenz 2009 begannen die Arbeiten zum „Endspurt“ im Konsensus-Prozess. Erneut wurde in Vorbereitung auf die Abschlusskonferenz im November 2010 der Arbeitsmodus verändert. Die inhaltlichen Diskussionen und Arbeiten fanden – wie bereits 2008 – im Plenum statt, um alle Mitwirkenden an allen Themen beteiligen zu können. Hierbei zeigte sich, dass die Arbeiten der Facharbeitsgruppen eine sehr gute Grundlage für die abschließenden Ergebnisse darstellten.

Vor diesem Hintergrund konnte auf der dritten und letzten Konsensus-Konferenz 2010 ein umfassendes Leitlinienpaket fast einstimmig verabschiedet werden. Insgesamt liegen damit 25 Leitlinien aus sechs zentralen Themenfeldern vor (s. u.). Die Ergebnisse erhielten lediglich eine Gegenstimme durch die Bundespsychotherapeutenkammer. Alle anderen beteiligten Partner verdeutlichten ihre Zustimmung und die damit verbundene freiwillige Selbstverpflichtung zur Einhaltung und Umsetzung der Leitlinien durch die offizielle Unterschrift der Delegierten aus den einzelnen Organisationen.

Beteiligte Partner

In den Konsensus-Prozess 2007-2010 waren alle Organisationen und Institutionen eingebunden, die die PSNV in Deutschland verantworten, anbieten und durchführen. Dazu gehören im Einzelnen Vertreter aus Bundes- und Landesministerien und -behörden, Feuerwehren, Hilfsorganisationen, Bundeswehr, Technischem Hilfswerk, Bundespolizei und Bundeskriminalamt, Kirchen, Fachgesellschaften sowie Fach- und Berufsverbänden der Psychologie

und Psychiatrie, Kammern und Unfallversicherungsträgern sowie aus diversen Hochschulen und der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (vgl. Kapitel IV, S. 67-75 für eine ausführliche Auflistung). Fachlich beraten und unterstützt wurde der Konsensus-Prozess vor allem zu Beginn durch Experten der PSNV aus der Schweiz und Österreich, die ihre jeweiligen Erfahrungen und nationalen Leitlinien als Quellen zur Verfügung stellten.

Themenfelder

Die Ergebnisse des Konsensus-Prozesses beziehen sich auf ein breites Themenspektrum, das die unterschiedlichen Aspekte der PSNV beschreibt, wie beispielsweise die Einbindung der PSNV in Führungs- und Organisationsstrukturen oder Aus- und Fortbildungsstandards für operative PSNV-Kräfte. Zu Beginn der Arbeiten im September 2007 einigten sich die beteiligten Partner auf sechs übergeordnete inhaltliche Schwerpunkte:

- Informationsmanagement
- Strukturelle Regelungen und Vernetzungen
- Psychosoziales Krisenmanagement
- Aus- und Fortbildung
- Schnittstellen und Zuständigkeiten
- Einbindung der PSNV in den Einsatzalltag.



Nach Abschluss der ersten Konsensus-Konferenz 2008 und mit Fortsetzung der Arbeiten wurde deutlich, dass diese übergeordnete Gliederung nicht in allen Punkten ausreichend Trennschärfe aufwies. Vielmehr zeigte sich, dass zwischen einigen Themenfeldern Überschneidungen bestanden und eine Anpassung der Gliederung an inhaltliche Weiterentwicklungen notwendig war. Auch in der modifizierten Fassung sind sechs Überschriften enthalten:

- Informationsmanagement
- Psychosoziales Krisenmanagement und strukturelle Regelungen

- Einbindung der PSNV in den Einsatzalltag
- Zuständigkeiten, Schnittstellen und Vernetzung
- Aus- und Fortbildung
- PSNV auf Ebene der Bundesländer

Abbildung 3 macht die inhaltlichen Veränderungen und Verschiebungen auch im Detail deutlich.

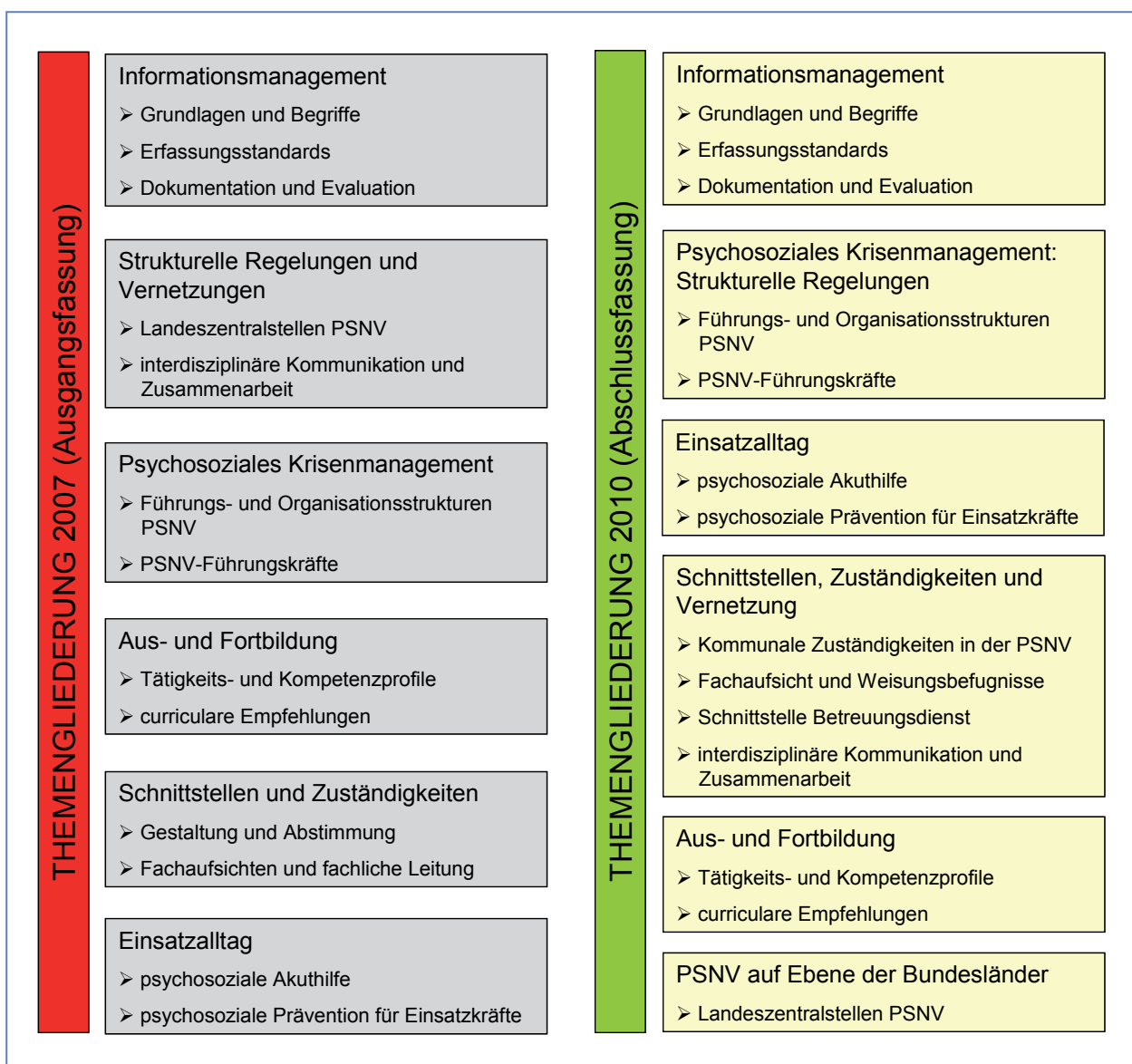


Abb. 3: Themenfelder im Konsensus-Prozess 2007 und 2010

Fachliche Grundlagen

Die fachlichen Grundlagen zur Erarbeitung der Leitlinien und Standards bildeten zum einen Empfehlungen, die im Rahmen der bereits erwähnten vom BMI und BBK in Auftrag gegebenen Forschungsprojekte zur „Entwicklung von Standards, Empfehlungen und Umsetzungsrahmenpläne für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“, zur „Primären und Sekundären Prävention im Einsatzwesen“ und zu „Organisationsprofilen, Gesundheit und Engagement im Einsatzwesen“ entwickelt worden waren. Zum anderen waren die Ergebnisse der im Konsensus-Prozess gebildeten Facharbeitsgruppen bei der abschließenden Formulierung der Leitlinien relevanter Grundstein. Berücksichtigt wurden außerdem die Er-

gebnisse der drei wissenschaftlichen Gutachten zur PSNV in der Gefahrenabwehr, die in Vorbereitung auf die Konsensus-Konferenzen 2008 und 2010 vom BBK bei Frau Prof. Dr. Imtraud Beerlage und Herrn Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel sowie bei Herrn Prof. Dr. Karsten Fehn in Auftrag gegebenen worden waren (vgl. BBK 2009, Beerlage 2009 und Kapitel V). Ergänzend dazu wurden Erkenntnisse zur PSNV aus der Zusammenarbeit zwischen dem BBK und den 12 Spielstädten anlässlich der Vorbereitung der FIFA WM 2006 einbezogen. Weitere Quellen stellten verschiedene nationale und internationale Publikationen (diverse Leitlinien unterschiedlicher Organisationen und Länder, wissenschaftliche Artikel, verschiedene PSNV-Konzepte etc.) dar (vgl. Kapitel V, S. 93-95).

Entstehung der Ergebnisse: Anmerkungen zum Arbeitsprozess

16

3.1.1 Bei der Einbindung der PSNV in die bereits bestehenden Strukturen der Gefahrenabwehr ist das gesamte Führungssystem zu berücksichtigen.

Begründung: Um eine lückenlose Informationsvernetzung, eine rasche und aufeinander abgestimmte PSNV-Bedürfnis- und Bedarfsermittlung sowie einen angemessenen Ressourceneinsatz für eine qualifizierte Versorgung Überlebender, Angehöriger, Hinterbliebender, Zeugen und/oder Vermissender zu gewährleisten, ist die konsequente Integration der PSNV in das gesamte Führungssystem notwendig. Dementsprechend ist die PSNV grundsätzlich auf allen bei Großschadensereignissen und im Katastrophenfall aufgerufenen Führungsebenen durch den Einsatz entsprechender PSNV-Führungskräfte in den Führungsstäben einzubinden. Im Schadensgebiet bzw. an der Einsatzstelle erfolgt die Implementierung der PSNV im Rahmen der jeweiligen Einsatzabschnittsstruktur.

Einbezogene Quellen: Arbeitsergebnisse der FAG 1 „Strukturelle Einbindung“ (Konsensus-Prozess 2009), FwDV 100

Ihre Stellungnahme

bitte geben Sie an, inwiefern Sie dieser Empfehlung zustimmen können oder ob diese modifiziert werden sollte

☐ **uneingeschränkte Zustimmung**

☐ **Zustimmung mit erweiterndem Kommentar**
hier ist Platz für Ihre Anmerkungen

☐ **Modifizierungsbedarf / Ablehnung**
bitte begründen Sie Ihre Antwort

Abb. 4: Beispiel für Abstimmungsvorlage aus dem Konsensus-Prozess 2007-2010

Die Ergebnisse des Konsensus-Prozesses sind auf Basis der erläuterten fachlichen Grundlagen im Rahmen eines dreijährigen Arbeitsprozesses entstanden. Gekennzeichnet waren die Arbeiten von Beginn an durch hohe Transparenz und einen intensiven fachlichen Austausch zwischen den beteiligten Partnern.

Der inhaltliche Diskurs zu den einzelnen Leitlinien und Standards erfolgte über ein so genanntes modifiziertes Delphi-Verfahren. Dahinter verbirgt sich ein Wechsel aus schriftlichen standardisierten Abstimmungen des Leitlinienpakets (vgl. Abb. 4) und direkten Arbeitstreffen in Arbeitsgruppen bzw. im

Plenum. Die verschiedenen Einschätzungen der beteiligten Experten wurden sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet. Die quantitativen Auswertungen dienten dazu, einen ersten Überblick zu erhalten und unstrittige Empfehlungen und Leitlinien zu identifizieren. Die qualitativen Analysen bezogen sich auf die von den Partnern vorgebrachten inhaltlichen Ausführungen. In der Zusammenschau der quantitativen und qualitativen Ergebnisse ergab sich ein so genanntes ABC-Modell (A = Konsens, B = Konsens mit Einschränkung, C = Dissens, vgl. Abb. 5), das die Herleitung und Systematik der Resultate des Konsensus-Prozesses deutlich macht.

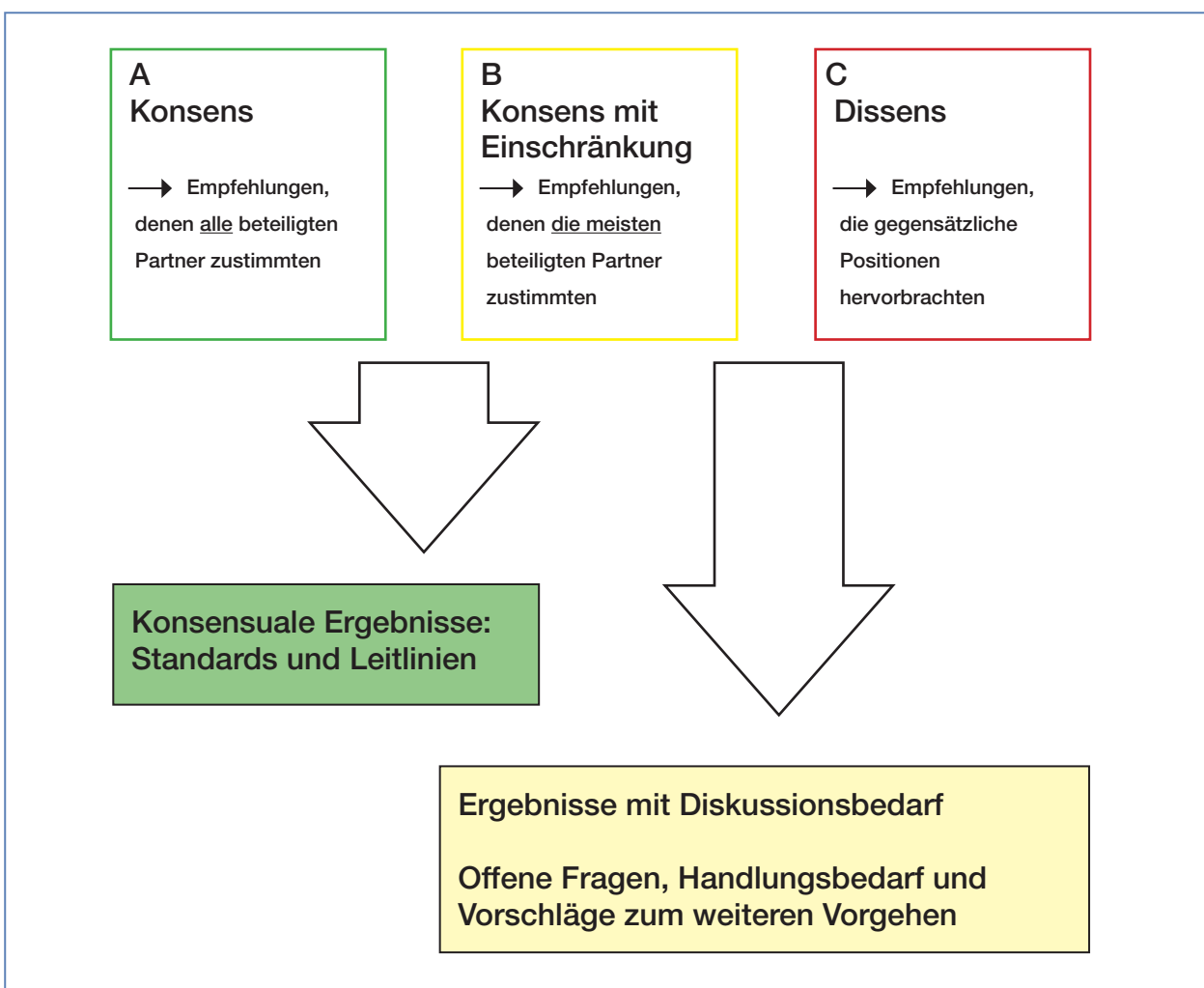


Abb. 5: Systematik und Herleitung der Ergebnisse des Konsensus-Prozesses 2007-2010

II. Kapitel

Ergebnisse des Konsensus-Prozesses 2007-2010:

Standards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung

Mit den Ergebnissen der Konsensus-Konferenz 2008 wurden bereits zu Beginn des Konsensus-Prozesses entscheidende Grundlagen für das Feld der PSNV geschaffen. Besonders im Bezug auf einen einheitlichen Sprachgebrauch relevanter PSNV-Begriffe sowie bei der Beschreibung und graphischen Dar-

stellung der zielgruppenspezifisch aufgegliederten PSNV-Maßnahmen konnten bundesweit einheitliche Regelungen gefunden werden, die die Ausgangsbasis für weitere Arbeiten und fachliche Entwicklungen bildeten bzw. bilden.

Begriffsbestimmungen in der PSNV

Einheitliche sprachliche Regelungen in der PSNV sind vor allem bei Einsatzsituationen mit erhöhtem Koordinationsbedarf und bei überregionaler Kräfteanforderung von Bedeutung. Herrschen in solchen Fällen begriffliche Unklarheiten, kann es zu Reibungsverlusten und Schnittstellenproblemen kommen, die unnötige Ressourcen binden. Der Verringerung der Begriffsheterogenität im Feld der PSNV kam daher im Konsensus-Prozess von Beginn an eine entscheidende Bedeutung zu.

Vor diesem Hintergrund wurden auf der Konsensus-

Konferenz 2008 zwei Ergebnisse verabschiedet und 2010 bestätigt, die auf die Systematisierung des begrifflichen „Wildwuchses“ der PSNV zielten. Dazu gehören zum einen die Begriffsdefinition „Psychosoziale Notfallversorgung“ und die entsprechenden inhaltlichen Ausführungen. Zum anderen einigten sich die beteiligten Partner auf eine Leitlinie zur Verwendung einer bundeseinheitlichen Terminologie, die sowohl eine Selbstverpflichtung der Organisationen zur Anpassung ihrer eigenen Begrifflichkeiten als auch die Aufforderung zur Fortsetzung der sprachlichen Systematisierung und Vereinheitlichung umfasst.

■ In Deutschland soll eine einheitliche Terminologie verwendet werden. ■

Charakteristisches Merkmal der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland ist die Begriffsheterogenität. Besonders in Einsatzsituationen mit erhöhtem Koordinationsbedarf und überregionaler Kräfteanforderung ist jedoch eine bundesweite einheitliche Verwendung von Begriffen im Bereich der PSNV von besonderer Bedeutung. Gemeinsa-

me eindeutige sprachliche Regelungen bilden die Basis zur Minimierung von Reibungsverlusten und Schnittstellenproblemen in der Koordination adäquater psychosozialer Versorgung für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen, Vermisste und/oder Einsatzkräfte.

Der Begriff „Psychosoziale Notfallversorgung“

Der Begriff Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen.

Übergreifende Ziele der PSNV sind

- Prävention von psychosozialen Belastungsfolgen
- Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen nach belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen
- Bereitstellung von adäquater Unterstützung und Hilfe für betroffene Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung sowie die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen und – bezogen auf Einsatzkräfte – einsatzbezogene psychische Fehlbeanspruchungsfolgen.

Grundannahme der PSNV

Grundannahme der PSNV ist es, dass zur Bewältigung von psychosozialen Belastungen und kritischen Lebensereignissen zunächst personale Ressourcen (wie Coping-Strategien, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus etc.) und soziale

Ressourcen im informellen sozialen Netz der Betroffenen aktiviert werden. Maßnahmen der PSNV wirken ergänzend oder substituierend im Fall des (zeitweise) Fehlens oder Versiegens dieser Ressourcen.

PSNV-Gesamtstruktur und PSNV-Maßnahmen

Die PSNV-Gesamtstruktur umfasst PSNV-Angebote, die den genannten Zielen dienen, wie auch Anbieter, Organisationsformen und -strukturen dieser Angebote und rechtliche Regelungen. Diese bilden den strukturellen Rahmen für die konkreten PSNV-Maßnahmen.

PSNV-Maßnahmen in der Gefahrenabwehr werden je nach Zielgruppe differenziert in

- Maßnahmen für Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr.
- Die PSNV-Maßnahmen für **Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende** gliedern sich in die psychische erste Hilfe, psychosoziale (Akut-)Hilfen und heilkundliche Interventionen (vgl. Abb. 6 und Abb. 7):
- Maßnahmen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende und

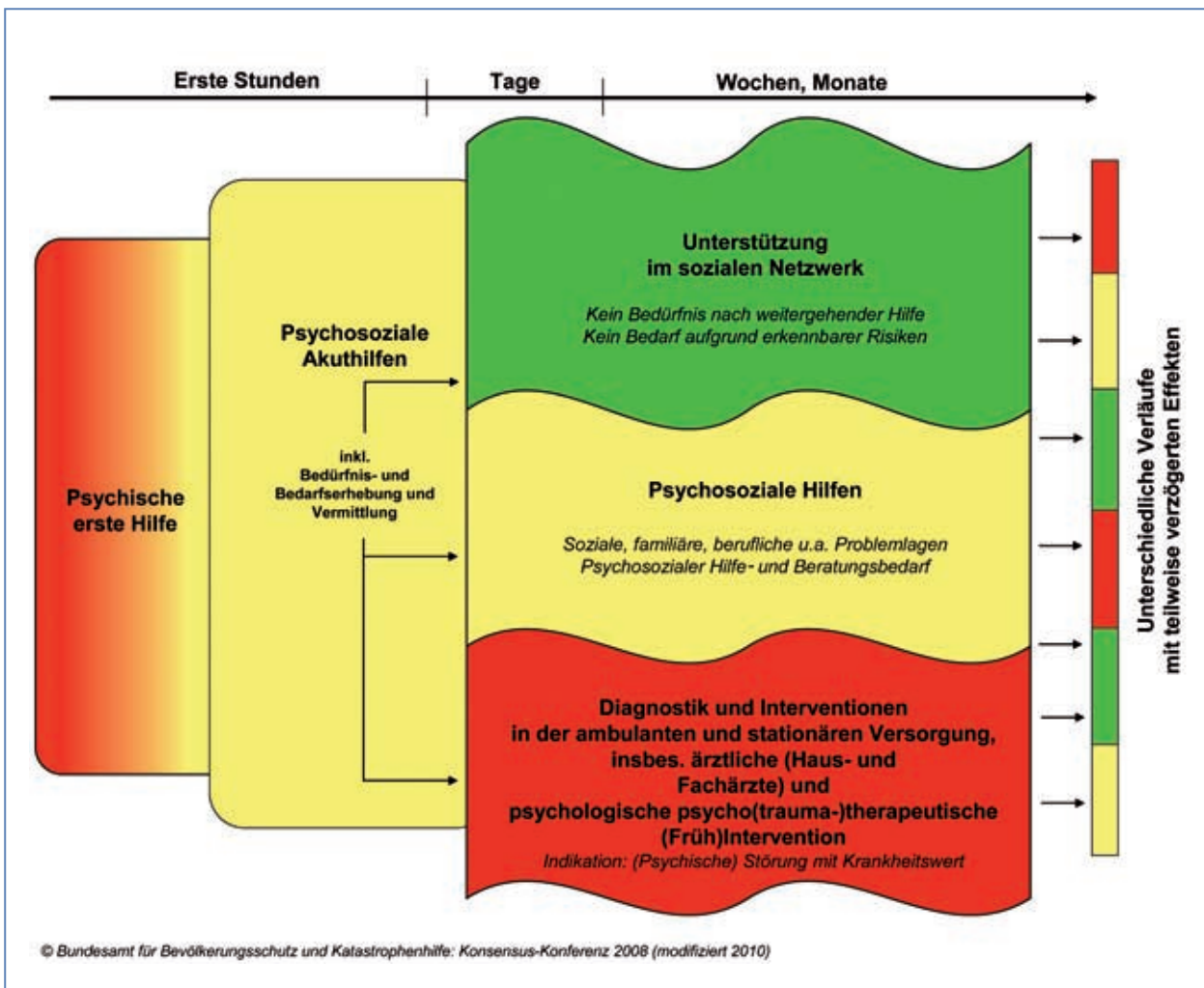


Abb. 6: PSNV-Maßnahmen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste

Psychische erste Hilfe ist eine psychosoziale, in der Ausbildung zu vermittelnde Basiskompetenz der Kräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr sowie der PSNV-Kräfte in der Kommunikation mit von Notfällen Betroffenen.

Psychosoziale Hilfen umfassen ein breites Spektrum methodisch-strukturierter und reflektierter sowie alltagsnaher Hilfen. Sie gliedern sich zeitlich in

- kurzfristig und ereignisnah angebotene methodisch-strukturierte **psychosoziale Akuthilfen**, die von einsatzerfahrenen (so genannten „feldkompetenten“) Notfallseelsorgern, Mitarbeitern aus Kriseninterventionsteams der Hilfsorganisationen oder anderer Anbieter, Notfallpsychologen, usw. angeboten werden. Psychosoziale Akuthilfen fol-

gen der sekundärpräventiven Logik der Krisenintervention im Notfall und beinhalten die Bedürfnis- und Bedarfserhebung sowie die Vermittlung in das soziale Netzwerk (Familie, Freunde, usw.) oder in mittel- und längerfristige psychosoziale Hilfen

- mittel- und längerfristige **psychosoziale Hilfen** aus diversen psychosozialen Hilfesystemen, wie beispielsweise psychosoziale Beratungsstellen, Sozial-, Gesundheits- und Versorgungsämter, Selbsthilfegruppen und die gemeindliche Seelsorge. Diese Hilfen folgen der Logik der psychosozialen Krisenintervention bzw. der psychosozialen und sozial-psychiatrischen Versorgung und Gemeindegeseelsorge. Diese können ausschließlich oder ergänzend zu therapeutischen Maßnahmen angeboten und in Anspruch genommen werden.

Als **(Früh)Interventionen** werden alle Maßnahmen der Feststellung, Linderung und Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert bezeichnet, die mit spezifisch heilkundlicher Qualifikation und Approbation (insbesondere von Ärzten aus den

Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Psychotraumatologie) durchgeführt werden.

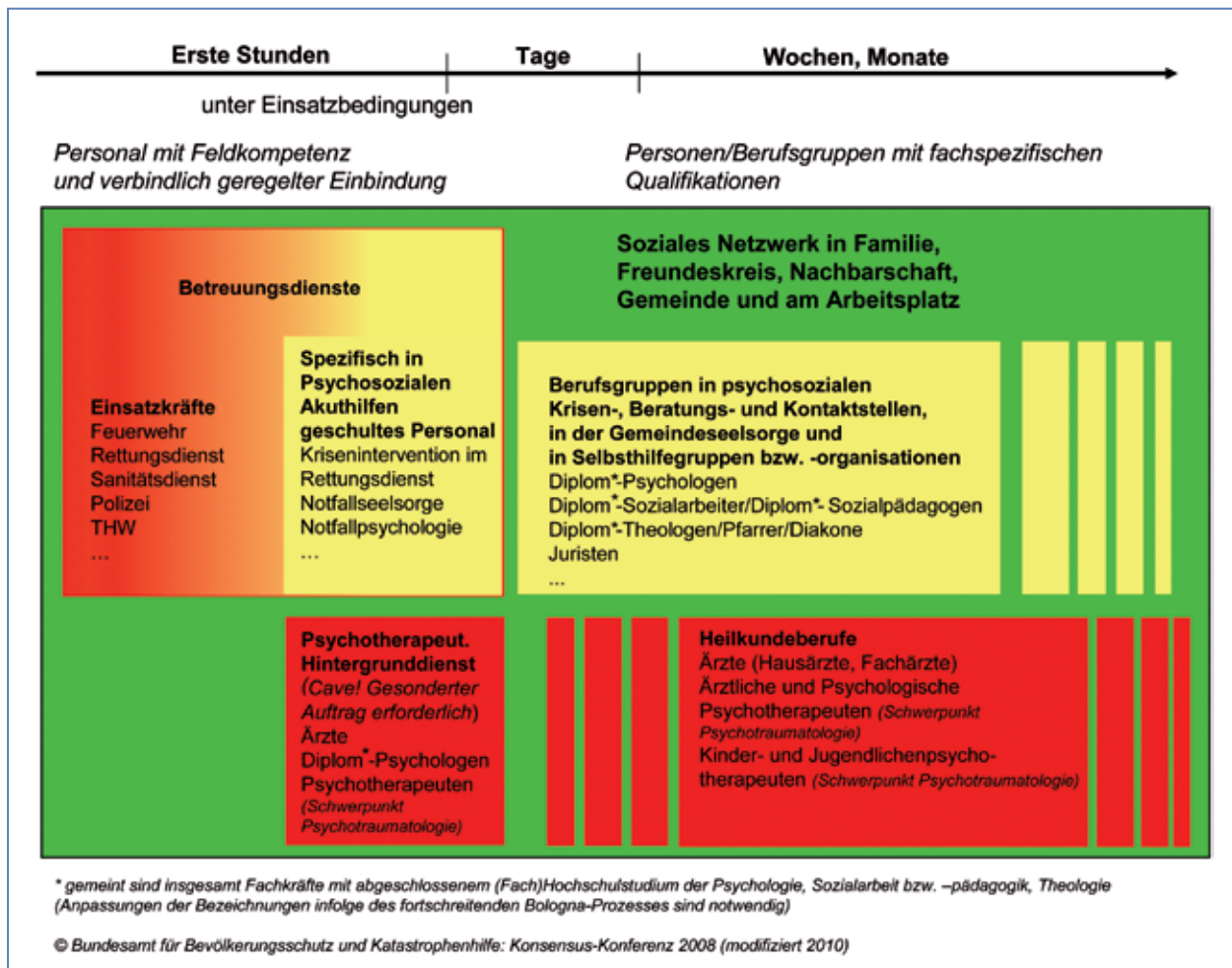


Abb. 7: PSNV-Maßnahmen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste

Die PSNV-Maßnahmen für **Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr** gliedern

sich in einsatzvorbereitende, einsatzbegleitende und einsatznachsorgende Maßnahmen (vgl. Abb. 8 und Abb. 9).

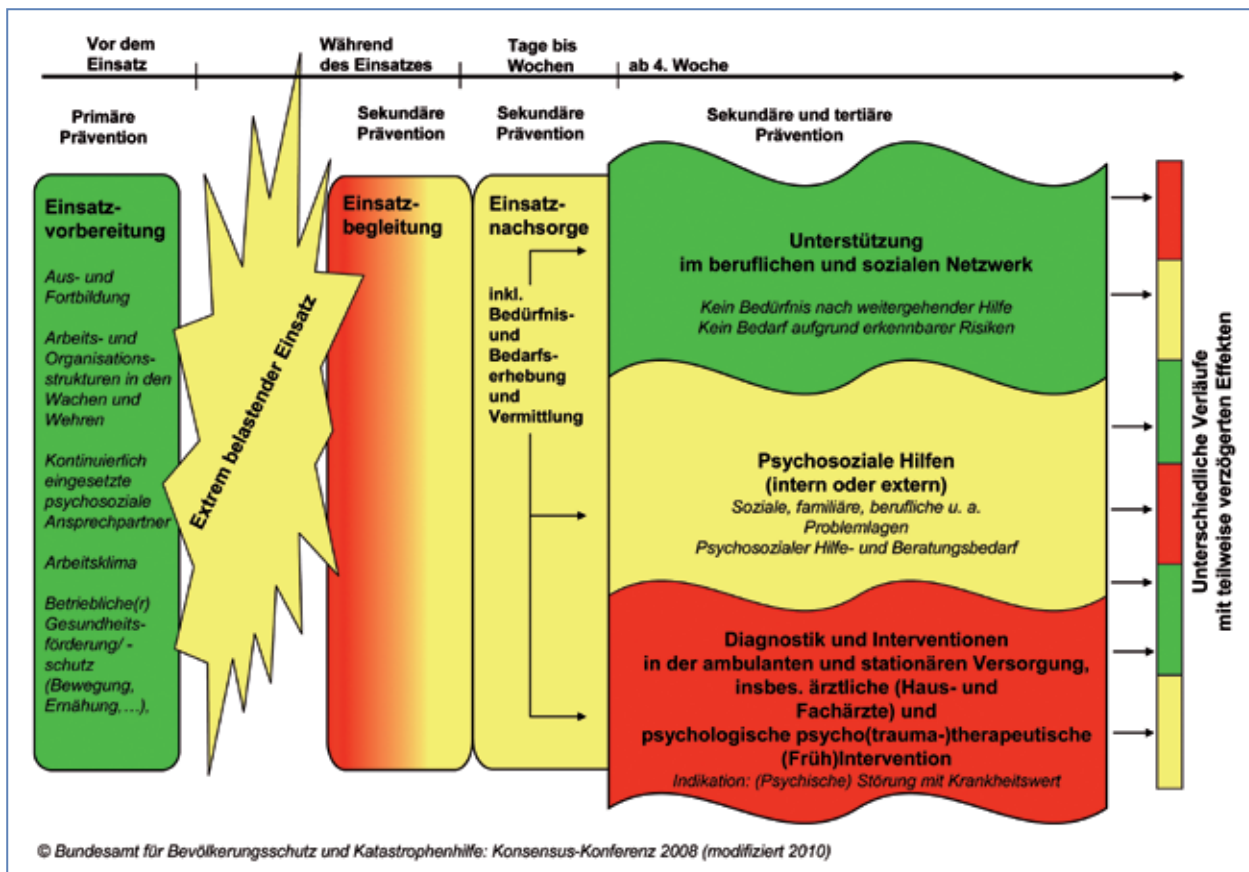


Abb. 8: PSNV-Maßnahmen für Einsatzkräfte vor, während und nach belastenden Einsätzen

Zur Primären Prävention (**Einsatzvorbereitung**) werden alle präventiven Maßnahmen gezählt, die das Belastungsausmaß in künftigen, auch extremen Einsatzsituationen senken können und damit das Risiko von Traumafolgestörungen verringern. Dazu gehören Maßnahmen der Vorbereitung der Einsatzkräfte im Rahmen der Aus- und Fortbildung, die Optimierung von Arbeits- und Organisationsstrukturen in den Wachen und Wehren, die Verfügbarkeit von kontinuierlich eingesetzten psychosozialen Ansprechpartnern, ein positives soziales Arbeitsklima sowie die Förderung einer achtsamen und fürsorglichen Haltung gegenüber der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit.

Einsatzbegleitung als Teil der sekundären Prävention findet während des Einsatzes statt und umfasst die psychosoziale Begleitung der Arbeit der Einsatzkräfte durch Führungskräfte, Peers und psychosoziale Fachkräfte. Jedoch beinhaltet Einsatzbegleitung keine aktiven einsatznachsorgenden Maßnahmen.

Einsatznachsorge als Teil der sekundären Prävention findet Tage bis 2-3 Wochen nach Einsatzabschluss statt und beinhaltet methodisch-strukturierte Maßnahmen im Rahmen von Einzelberatungs- und Gruppennachsorgegesprächen inkl. einer Bedürfnis- und Bedarfserhebung sowie der Vermittlung ins berufliche oder soziale Netzwerk bzw. zu internen oder externen psychosozialen Hilfen.

Zur Tertiären Prävention im Einsatzwesen werden alle **längerfristigen Maßnahmen der Einsatznachsorge** gezählt, die psychotherapeutische Interventionen (Schwerpunkt Psychotraumatologie) umfassen. Ziel ist die Linderung und Heilung sowie Prävention von Chronifizierung einer eingetretenen psychischen Traumafolgestörung und die Ermöglichung der Rückkehr in Alltag und Beruf bei Einsatzkräften.

Ergänzende Position von Prof. Dr. Irmtraud Beerlage: Maßnahmen der tertiären Prävention können von einem breiten Spektrum von psychosozialen Hilfen begleitet sein.

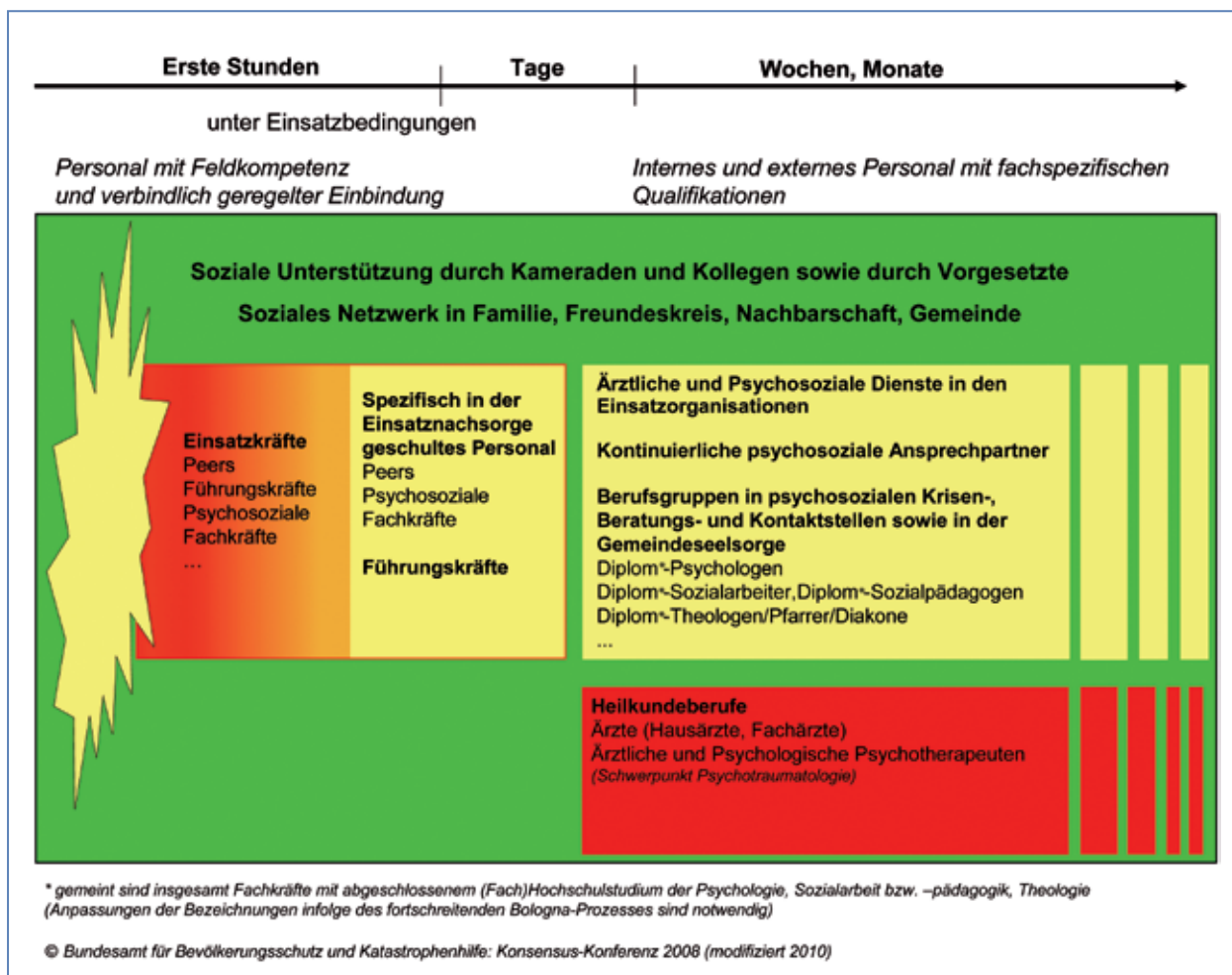


Abb. 9: Anbieter von PSNV-Maßnahmen für Einsatzkräfte vor, während und nach belastenden Einsätzen

Begriffe für PSNV-Angebote und -Anbieter

Mit der inhaltlichen Spezifizierung des Begriffs „Psychosoziale Notfallversorgung“ und dessen konsensualen Verabschiedung als Oberbegriff wurde eine wesentliche Grundlage zur sprachlichen Harmonisierung gelegt. Gleichwohl ist das Feld der PSNV auch weiterhin durch eine hohe Begriffsvielfalt geprägt, die vor allem in den Bezeichnungen für die verschiedenen PSNV-Angebote und -Anbieter deutlich wird. Mit Blick auf das Ziel, weitere sprachliche Ausdifferenzierungen zu vermeiden und eine Basis für die Anpassung bereits bestehender Begriffe zu schaffen, entstand im Rahmen des Konsensus-Prozesses eine Systematisierung der vorhandenen Bezeichnungen.

Die Aufgabe zur Erstellung der sogenannten „PSNV-Synopse“ wurde auf der Konsensus-Konferenz 2008 dem BBK übertragen. Der umfangreichen Dokumentation und Kategorisierung der Begriffe liegt eine umfassende Recherche zugrunde, die sich sowohl

auf themenrelevante Fachliteratur sowie auf Online-ressourcen stützt. Als ergiebig erwiesen sich dabei vor allem Internetseiten diverser Organisationen des Katastrophenschutzes ebenso wie einschlägige Ausbildungseinrichtungen und Medienmeldungen zur PSNV. Ergänzend wurden verschiedene Konzepte der am Konsensus-Prozess beteiligten Organisationen als Quellen verwandt.

Das vorläufige Rechercheergebnis wurde den beteiligten Partnern mit der Bitte um kritische Durchsicht zugesandt. Die Synopse enthielt zu diesem Zeitpunkt insgesamt 79 PSNV-spezifische Begriffe. Sowohl die Rückmeldungen aus den Organisationen als auch die in der Zwischenzeit weiterverfolgten Recherchen machten deutlich, dass weitere Ergänzungen notwendig waren, so dass die Liste der Begriffe bis zum Abschluss der Arbeiten auf eine Anzahl von 112 anwuchs.



Abb. 10: PSNV-Begriffe und die babylonische Sprachverwirrung.

Titelbild der Präsentationen zur PSNV-Synopse

Systematisierung der Begriffe für PSNV-Angebote und -Anbieter

Um die zunächst unsystematisch erfassten Begriffe zu strukturieren, wurden diese auf verschiedene Weise kategorisiert. In einem ersten Schritt erfolgte eine Zusammenfassung der gefundenen Bezeichnungen nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung. Dadurch entstanden fünf übergeordnete Kategorien, die Aussagen über unterschiedliche Funktionen im Feld der

PSNV wiedergeben. Im Einzelnen können so operative PSNV-Akteure, PSNV-Angebote, PSNV-Führungskräfte, Koordinierungsinstanzen und kommerzielle PSNV-Angebote unterschieden werden. Abbildung 11 gibt einen Überblick zu den verschiedenen Funktionen, deren inhaltlichen Ausgestaltungen und zur Verteilung in den Kategorien.

Funktion	Beschreibung	Häufigkeit (relativ)
Operative PSNV-Akteure	Kräfte, die im direkten Kontakt PSNV leisten; zielgruppenspezifische Versorgung der Bedürfnisse und Bedarfe von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden bzw. Einsatzkräften <i>Beispiele: Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteammitarbeiter, Notfallpsychologen, Polizeipsychologen, Peers, usw.</i>	25 (22%)
PSNV-Angebote	Gesamtorganisation bzw. -systeme, die das „Dach“ für die operativen Akteure bilden; zumeist zielgruppenspezifische Ausrichtung auf Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende bzw. Einsatzkräfte; teilweise auch Ausrichtung auf beide Zielgruppen <i>Beispiele: Kriseninterventionsteams im Rettungsdienst, Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, usw.</i>	44 (39%)
PSNV-Führungskräfte	Kräfte mit Beratungs- und Leitungsfunktionen innerhalb der PSNV; Einsatz in der Regel bei komplexen Gefahren- oder Schadenslagen mit Koordinationserfordernissen <i>Beispiele: Fachberater PSNV, Leitender Notfallseelsorger, usw.</i>	10 (9%)
Koordinierungsinstanzen	Instanzen mit koordinierenden und vernetzenden Funktionen; organisationsübergreifende Zusammenführung von PSNV-Angeboten <i>Beispiel: Landeszentralstellen PSNV in einzelnen Bundesländern</i>	23 (21%)
Kommerzielle Angebote	PSNV-Angebote, die ihre Dienstleistung im Sektor PSNV auf dem freien Markt anbieten	10 (9%)
Σ		112 (100%)

Abb. 11: Kategorisierung von PSNV-Begriffen nach inhaltlicher Ausrichtung

In einem zweiten Schritt stand die Systematisierung der Begriffe im Hinblick auf ihre Nutzung bzw. Verbreitung im Vordergrund. Mit der Unterscheidung in „bundesweite Verbreitung“, „bundesweit aber organisationsbezogene Verbreitung“ und „regionale Verbreitung“ wird der Tatsache entsprochen, dass die

Verwendung von Begriffen je nach regionaler Prägung und/oder Organisationszugehörigkeit differieren kann (vgl. Abbildung 12). Abbildung 13 verdeutlicht die unterschiedliche Verbreitung der Begriffe unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen Kategorien zur inhaltlichen Ausrichtung.

Funktion	Beschreibung	Häufigkeit (relativ)
bundesweit	in Deutschland bundesweit verwendete Begriffe; nicht unbedingt flächendeckend <i>Beispiele: psychosoziale Fachkraft, Landesbeauftragter PSNV, Notfallnachsorge, usw.</i>	40 (36%)
bundesweit aber organisationsbezogen	in Deutschland bundesweit verwendete Begriffe, aber mit klarer Zuordnung zu Organisationen <i>Beispiele: Polizeipsychologische Dienste, Militärseelsorge, usw.</i>	27 (24%)
regional	in einigen Regionen Deutschlands verwendete Begriffe; keine bundesweit flächendeckende Nutzung <i>Beispiele: Bereitschaftsseelsorge für Notfälle, BSN (München, Bayern); KID-Helfer v.D. (Garmisch-Partenkirchen, Bayern); Notfallfolgedienst (Weilheim, Baden-Württemberg); Notfallkrisenteam, NKT (Baden-Baden, Baden-Württemberg) usw.</i>	45 (40 %)
Σ		112 (100%)

Abb. 12: Kategorisierung von PSNV-Begriffen nach ihrer Verbreitung

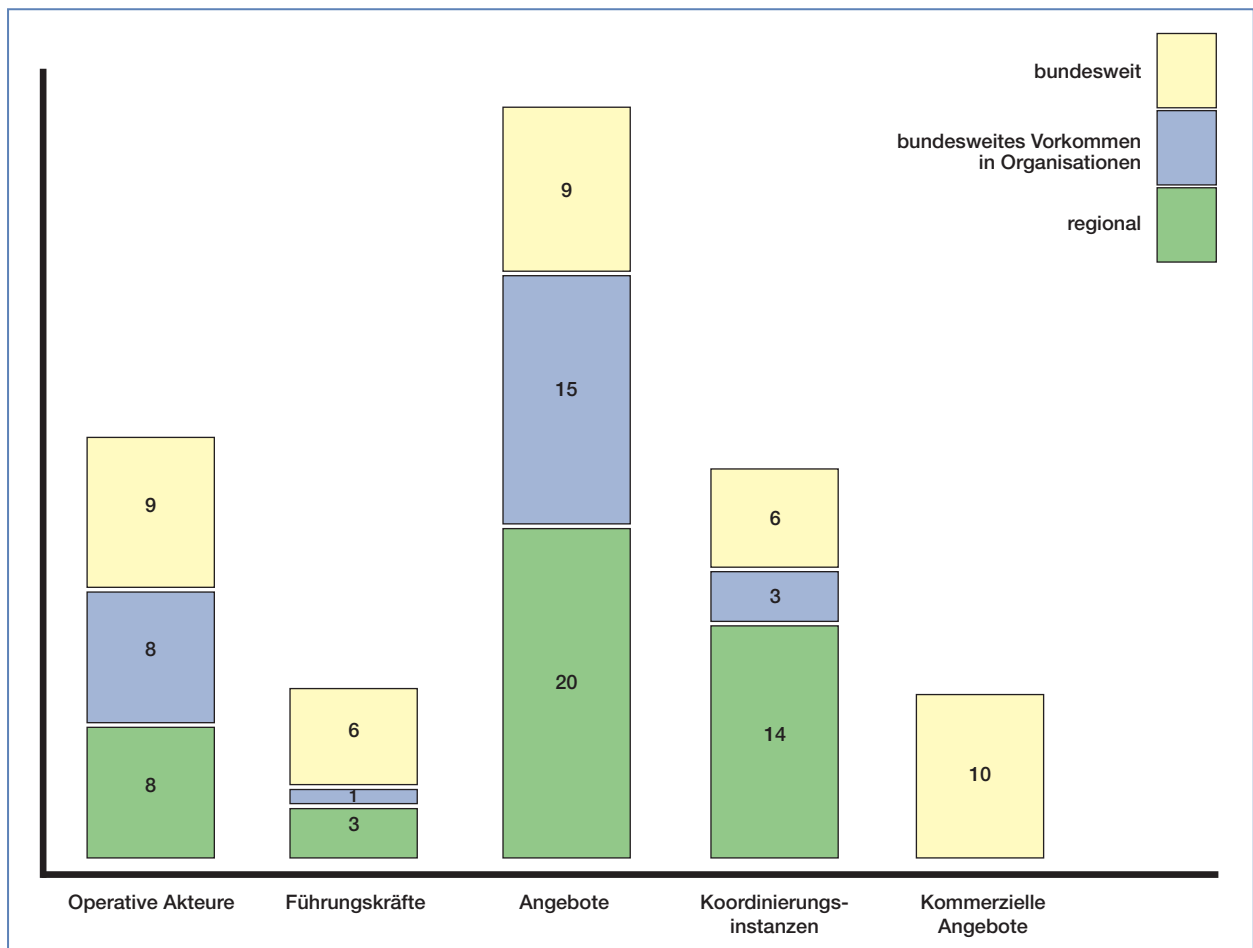


Abb. 13: Verteilung der PSNV-Begriffe nach Verbreitung und inhaltlicher Ausrichtung

Weiterhin ließen sich die verschiedenen PSNV-Begriffe im Hinblick auf die Gesichtspunkte „Art der Alarmierung“, „Zielgruppen“ sowie „Einsatzindikationen und Tätigkeitsfeldern“ systematisieren. Dabei wurde deutlich, dass für die Charakterisierung von PSNV-Angeboten und -Akteuren der zuletzt genannte Aspekt besondere Bedeutung hat. Die Vielzahl der im Rahmen der Recherche ermittelten Einsatzindikationen und Tätigkeitsfelder fand Eingang in eine übergreifende Liste. Das Spektrum, für das PSNV-Angebote und -Akteure alarmiert werden bzw. zum Einsatz kommen, umfasst demnach die Punkte:

1. nach eingetretenem Tod
2. Konfrontation mit dem Tod (Person verstirbt)
3. massive Gewalterfahrung
4. Unfälle
5. (potenzielle) Großschadenslage
6. Evakuierung
7. CBRN-Lage
8. Kinder
9. Suizid
10. Brände
11. Einsatzkräfte
12. Konfrontation mit schwerer Verletzung
13. hohe persönliche Betroffenheit
14. Unterstützung der Betreuungsdienste
15. Betreuung
16. Einschätzung weiterführenden Betreuungsbedarfes.

Ebenso wie im Bezug auf die gesamte PSNV-Synopse ist es wahrscheinlich, dass auch diese Liste nicht abschließend ist. So wurde beispielsweise auf die Darstellung aller Einsatzindikationen für kommerzielle PSNV-Angebote verzichtet, da diese teilweise über die Themenstellungen der Gefahrenabwehr hinausgehen.

Trotz der anzunehmenden Unvollständigkeit der PSNV-Synopse, spiegeln die Ergebnisse der Recherchen und Systematisierungen die hohe Vielfalt der „PSNV-Landschaft“ eindeutig wieder. Die vorliegen-

den Erkenntnisse machen somit nochmals auf die Notwendigkeit aufmerksam, sich langfristig auf eine überschaubare und einheitliche Anzahl gemeinsamer Begrifflichkeiten zu verständigen und diese eindeutig zu definieren, um den Bereich PSNV verständlicher und nachvollziehbarer zu gestalten. Entscheidend wird hierbei nicht nur die Klärung von inhaltlicher Ausrichtung, Verbreitung und Einsatzindikationen sein, sondern vor allem die Frage nach der Qualität der hinter den verschiedenen Begriffen stehenden Angeboten, Instanzen und Diensten.

Erfassung von PSNV-Kräften

Unter die Überschrift „Informationsmanagement“ fallen nicht nur die skizzierten sprachlichen Regelungen und Grundlagen sondern auch weitere Aspekte, die einen Beitrag zur inhaltlichen und organisatorischen Strukturierung der PSNV leisten können. Dazu gehört

die Erfassung von PSNV-Angeboten nach bestimmten Kriterien. Hierzu hat das Konsensus-Gremium bereits auf der Konsensus-Konferenz 2008 eine Leitlinie verabschiedet und einen exemplarischen Erfassungsbogen (vgl. Abb. 14) entworfen.

■ Alle Angebote und Anbieter der PSNV sollen bundeseinheitlich erfasst werden. Die zentralen Erfassungskriterien sind bestimmt, ein Kriterienkatalog ist verfügbar. ■

Eine Übersicht über die örtlichen und überregionalen PSNV-Angebote und -Anbieter auf der Grundlage eindeutig definierter einheitlicher Erfassungsstandards ermöglicht zum einen eine Vergleichbarkeit und ist damit wesentliche Voraussetzung Qualität sichernder Maßnahmen. Zum anderen ist eine bundeseinheitliche Erfassung wichtige Arbeitsgrundlage in komplexen Gefahren- und Schadenslagen und Katastrophen. Im Einsatzfall ist dadurch eine

rasche Einschätzung der vorhandenen Kapazitäten, Qualifikationen und Alarmierungsmöglichkeiten von beispielsweise verfügbaren KIT-Mitarbeitern, Notfallpsychologen, Notfallseelsorgern u. a. und damit des Versorgungspotenzials möglich. Die zentralen Kriterien zur Erfassung beinhalten verschiedene Aspekte hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung und organisatorischen Struktur der PSNV-Angebote bzw. -Anbieter.

I. Grundinformationen zum PSNV-Angebot und PSNV-Anbieter - Art des PSNV-Angebots (KIT, NFS, Feuerwehrseelsorge, etc.) - Trägerschaft des PSNV-Angebots (Kirche, Hilfsorganisation, Verein, etc.) - Organisationsform des PSNV-Angebots (Team oder Einzelperson?) - Kostenabfrage (Ist das Angebot unentgeltlich oder entstehen Kosten?)
II. Bei entsprechender Organisationsform: Grundinformationen zum Team - Leitung des Teams - Größe des Teams
III. Informationen zu Anforderungsmöglichkeiten - Erreichbarkeiten (Adresse, Telefonnummern, E-mail, Homepage) - Zeitliche Einsatzmöglichkeiten (24h-Verfügbarkeit?) - Regionale Einsatzmöglichkeiten (Zuständigkeitsradius? Transportmöglichkeiten?) - Beauftragungs-/Anforderungsmöglichkeiten (Alarmierung über Leitstelle?)
IV. Informationen zu Kenntnissen/Fähigkeiten/Qualifikationen - Zielgruppe des Angebots (direkt Betroffene, Hinterbliebene, Einsatzkräfte, etc.) - PSNV-relevante Kompetenzen - Zusatzkenntnisse (Sprachkenntnisse etc.) - Einsatzerfahrungen PSNV (Liste der Einsätze inkl. Datum, Aufgaben) - Weitere Aufgaben und Erfahrungen im Einsatzwesen (Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz usw.) - Teilnahme an Übungen (Liste der Übungen, Aufgaben)

Abb. 14: Exemplarische Erfassungskriterien für Angebote und Anbieter der PSNV

Dokumentation und Evaluation von PSNV-Einsätzen

Ein weiterer Baustein zur fachlich-inhaltlichen Strukturierung ist in der 2008 verabschiedeten Leitlinie zur Dokumentation und Evaluation von PSNV-Einsätzen

festgehalten. Die hier eingeforderten wissenschaftlichen Standards zur Evaluation sind nochmals Gegenstand in Kapitel III.

- **Alle PSNV-Einsätze sind zu dokumentieren und alle PSNV-Einsätze bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen wissenschaftlich zu evaluieren.** ■

Auch wenn sich in den letzten 15 Jahren das Fachgebiet der PSNV in Deutschland qualifiziert entwickelt hat, handelt es sich noch immer um ein junges Arbeitsgebiet, in dem viele praktische und fachliche Fragen offen sind. Auf der Suche nach evidenzbasierten Antworten und dem „Best Practice“ – vor allem im Bezug auf PSNV in Großschadenslagen – kann bisher nur auf eine geringe Fallzahl an komplexen Schadenslagen als Ausgangsbasis zurückgegriffen werden. Aus diesem Grund ist es

sinnvoll, Einsatzdokumentation und -evaluation nach Einsatzabschluss zu einem festen Bestandteil der Einsatzabwicklung zu machen. Die Erkenntnisse, die aus einer systematischen Dokumentation und einer anschließenden nach wissenschaftlichen Standards durchgeführten Evaluation gewonnen werden, sind unersetzlich für die fachlich fundierte Weiterentwicklung der PSNV und eine Vergleichbarkeit auch im internationalen Kontext.

Psychosoziales Krisenmanagement und strukturelle Regelungen

31

Ein umfassendes und effektives Krisenmanagement umfasst nicht nur Maßnahmen zur Erkennung, Vermeidung, Bewältigung und Nachbereitung von Krisen. Vorbereitende Maßnahmen spielen eine mindestens genauso große Rolle. In diesem Sinne ist auch im psychosozialen Krisenmanagement die Vorbereitung und Schaffung von Grundlagen und Regelungen ein entscheidender Aspekt. Vor allem frühzeitig implementierte strukturelle Regelungen und (personelle) Ressourcen bzw. Funktionen haben einen großen Nutzen, da sie systematische Voraussetzungen für die Abarbeitung und Bewältigung von Krisen schaffen.

Vor diesem Hintergrund wurden im Konsensus-Prozess Leitlinien und Empfehlungen zur Einbindung der PSNV in Einsatzstrukturen, für den Einsatz von PSNV-Führungskräften und zur längerfristigen anlassbezogenen Implementierung der PSNV entwi-

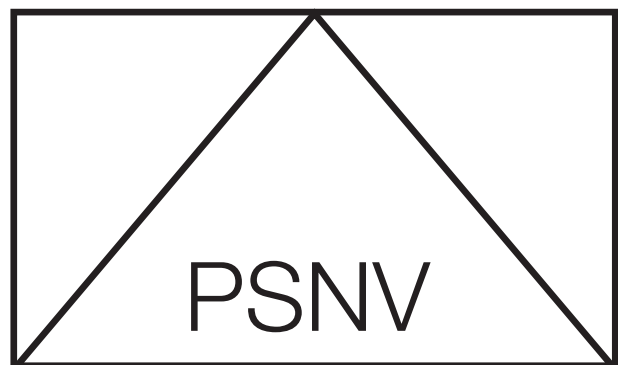


Abb. 15: Taktisches Zeichen Einheit Psychosoziale Notfallversorgung³

ckelt. Dabei wurden praktische Erfahrungswerte aus komplexen Gefahren- und Schadenslagen der jüngeren Vergangenheit in Deutschland sowie aus Übungen oder Vorbereitungen von Großveranstaltungen berücksichtigt.

³ nach Ständige Konferenz für Katastrophenversorge und Bevölkerungsschutz, 2010 (SKK 2010: 38)

Einbindung der PSNV in Einsatzstrukturen

- **Die PSNV ist in die Führungs- und Organisationsstrukturen einzubinden und dabei auf die bereits bestehenden Strukturen der Gefahrenabwehr abzustimmen.** ■

Die konsequente Integration der PSNV in die Führungs- und Organisationsstruktur bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen ist elementarer Bestandteil für eine Einsatzabwicklung ohne Reibungsverluste in der Koordination und für eine qualifizierte und angemessene psychosoziale Ver-

sorgung Betroffener. Eine im Vorfeld klar strukturierte Einbindung der PSNV in das komplexe Hilfesystem ermöglicht es, die Zusammenarbeit und vorhandene Schnittstellen und Schnittmengen zu benennen und aufeinander abzustimmen.

- **Bei der Einbindung der PSNV in die bereits bestehenden Strukturen der Gefahrenabwehr ist das gesamte Führungssystem zu berücksichtigen.** ■

Um eine lückenlose Informationsvernetzung, eine rasche und aufeinander abgestimmte PSNV-Bedarfs- und Bedarfsermittlung sowie einen angemessenen Ressourceneinsatz für eine qualifizierte Versorgung Überlebender, Angehöriger, Hinterbliebener, Zeugen und/oder Vermissender sowie von Einsatzkräften zu gewährleisten, ist die konsequente Integration der PSNV in das gesamte Führungssystem

notwendig. Dementsprechend ist die PSNV grundsätzlich auf allen bei Großschadensereignissen und im Katastrophenfall aufgerufenen Führungsebenen durch den Einsatz entsprechender PSNV-Führungskräfte in den Führungsstäben einzubinden. Im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle erfolgt die Implementierung der PSNV im Rahmen der jeweiligen Einsatzabschnittsstruktur.

- **Bei der Einbindung in die jeweilige Einsatzabschnittsstruktur ist die PSNV mit den Einsatzabschnitten Rettungs- und Sanitätsdienst und/oder Betreuungsdienst zu verknüpfen.** ■

Je nach Schadenslage variieren Umfang, Art, Beginn und Dauer des PSNV-Bedarfs. Die Verknüpfung der PSNV mit den jeweiligen Einsatzabschnittsstrukturen des Rettungs- und Sanitätsdienstes und/oder Betreuungsdienstes (sofern eingerichtet), hat den Vorteil, dass PSNV keine eigene Infrastruktur

und Logistik aufbauen und vorhalten muss, sondern bestehende Ressourcen nutzen kann. Damit sind die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe von der Aufgabe, logistische Probleme zu lösen, befreit und widmen sich ausschließlich der Aufgabe, psychosoziale Akuthilfe zu leisten.

Einbindung von PSNV-Führungskräften

Die Einbindung von PSNV-Führungskräften ist ein zweiter entscheidender Bestandteil des psychosozialen Krisenmanagements. Die folgende Leitlinie verdeutlicht diesen Aspekt und fordert zur Vorbereitung, Bereitstellung und zum Einsatz von PSNV-Führungs-

kräften auf. Explizit werden dabei Fachberater PSNV, Leiter PSNV und Führungsassistent PSNV benannt, für die Tätigkeits- und Kompetenzprofile entwickelt wurden. Diese sind auf den Seiten 49 bis 51 zu finden.

■ Für komplexe Gefahren- und Schadenslagen sind PSNV-Führungskräfte vorzubereiten, bereitzustellen und einzusetzen. ■

Auswertungen bisheriger PSNV-Einsätze in komplexen Gefahren- und Schadenslagen haben gezeigt, dass zur Vermeidung von Reibungsverlusten in der Koordination und von Fehl-, Unter- oder Überversorgung Betroffener ein psychosoziales Krisenmanagement unerlässlich ist. Dazu gehört insbesondere der Einsatz von Fachberatern PSNV

im Führungsstab (auf allen Ebenen: politisch-administrativ und operativ-taktisch) sowie der Einsatz eines Leiters PSNV und eines Führungsassistenten PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle, die entsprechend qualifiziert vorbereitet und bereitgestellt werden müssen.

Einrichtung einer längerfristigen anlassbezogenen Koordinierungsstelle PSNV

■ Bei einer komplexen Gefahren- oder Schadenslage sollte eine längerfristige anlassbezogene Koordinierungsstelle PSNV eingerichtet werden. ■

Im Unterschied zur medizinischen und technischen Hilfeleistung, die unmittelbar nach Schadenseintritt beginnt und am Schadensort zügig abgeschlossen wird, beginnt der PSNV-Bedarf für die Gruppe der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden unmittelbar nach Schadenseintritt im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle. Er nimmt zunächst deutlich an Umfang zu, verlagert sich jedoch innerhalb kurzer Zeit weg vom Schadengebiet bzw. der Einsatzstelle in die diversen Sammelstellen, (Akut-) Betreuungsstellen/-plätze und an weitere Betreuungsorte (Krankenhäuser etc.) und besteht dann, dabei an Umfang wieder abnehmend, Tage und Monate fort.

In der Akutphase (erste Stunden) ist die PSNV für die genannte Zielgruppe durch die Dienste der psychosozialen Akuthilfe gewährleistet. Auch zeitlich weiter vom Ereignis entfernt (Wochen und Monate später) steht mit der Regelversorgung des Sozial- und Gesundheitswesens eine verlässliche und qualifizierte Versorgungsstruktur zur Verfügung. Um die Akuthilfe mit der Regelversorgung zu verknüpfen und eine reibungslose Überleitung der Betroffenen von der akut- zur mittel- und langfristigen Hilfe zu ermöglichen, bedarf es einer strukturellen Brücke.

Eine Koordinierungsstelle PSNV kann nach einer

komplexen Gefahren- und Schadenslage diese Funktion längerfristig aber zeitlich begrenzt und anlassbezogen übernehmen. Ihr Tätigkeitsspektrum erstreckt sich von der bereits beschriebenen Vermittlungsleistung bis zu speziellen Aufgaben, die dem Schadensereignis individuell Rechnung tragen. Dazu gehören beispielsweise die Beantwortung von für das spezielle Schadensereignis relevanten rechtlichen und administrativen Anfragen, die Organisation von Hinterbliebenentreffen, Gedenkfeiern etc. Darüber hinaus kann sie mit speziellen Angeboten und für spezielle Aufgabenstellungen, ergänzend zu den Angeboten der psychosozialen Prävention in den Einsatzorganisationen, auch für die eingesetzten Einsatzkräfte nutzbar sein.

Entscheidend für die Akzeptanz einer Koordinie-

rungsstelle ist ihre Neutralität und Unabhängigkeit von Einsatzorganisationen und ihr organisationsübergreifender Charakter. Zu empfehlen ist deshalb eine kommunale Trägerschaft. Zur Vorbereitung auf komplexe Gefahren- und Schadenslagen sollten auf dieser Ebene die Voraussetzungen für die Einrichtung einer anlassbezogenen Koordinierungsstelle geklärt werden. Dabei wird empfohlen, auf Landesebene (ggf. durch die Landeszentralstelle) Musterpläne zu fertigen und zur Verfügung zu stellen, die dann in den Kommunen an die eigenen Aufgabenbereiche und regionale strukturelle Rahmenbedingungen angepasst werden.

Beim Aufbau der Koordinierungsstelle PSNV ist im Einsatzfall der Fachberater PSNV im politisch-administrativen Stab (wenn aufgerufen) beratend tätig.

Einbindung der PSNV in den Einsatzalltag

Auch wenn für komplexe Gefahren- und Schadenslagen nicht-alltägliche PSNV-Strukturen notwendig sind, ist doch der Rückgriff auf den Einsatzalltag ein entscheidendes Element bei der Vorbereitung und Abarbeitung. Nur umfassende und funktionierende Alltagsstrukturen der PSNV stellen auch ein reibungsloses Aufwachsen der oben skizzierten komplexen Strukturen sicher. Das bezieht sich auf die PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen

und/oder Vermisste, hier insbesondere auf die psychosoziale Akuthilfe, aber auch auf die PSNV für Einsatzkräfte. Im Bezug auf die zuletzt genannte Zielgruppe umfasst die Einbindung der PSNV in den Einsatzalltag zudem Themen des umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements (Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie betriebliche Gesundheitsförderung) durch psychosoziale Prävention.

Flächendeckendes Netz psychosozialer Akuthilfe

- **Die PSNV ist in den Einsatzalltag einzubinden. Dazu ist ein bundesweit flächendeckendes Netz psychosozialer Akuthilfe sicherzustellen, und die psychosoziale Prävention für Einsatzkräfte ist in den alltäglichen Strukturen der Gefahrenabwehr zu verankern.** ■

Neben der Einbindung von PSNV in die Führungs- und Organisationsstruktur komplexer Gefahren- und Schadenslagen ist gleichzeitig eine Einbindung in den Einsatzalltag notwendig. In diesem Sinne ist einerseits ein bundesweit flächendeckendes Netz psychosozialer Akuthilfe für die Versorgung

von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden zu implementieren und sicherzustellen. Andererseits ist damit die Empfehlung zur Verankerung psychosozialer Prävention für Einsatzkräfte in den alltäglichen Strukturen verbunden.

- **Die Sicherstellung eines flächendeckenden Netzes psychosozialer Akuthilfe ist auf der Grundlage bereits bestehender Anbieter- und Angebotsstrukturen zu gewährleisten.** ■

Psychosoziale Akuthilfe wird in Deutschland mit einem nahezu flächendeckenden System zur Alarmierung von PSNV-Kräften angeboten. Die verschiedenen vorhandenen PSNV-Angebote werden je nach Region unterschiedlich getragen, z. B. durch Behörden, Hilfsorganisationen, Kirchen usw.

Entscheidend ist es, die bereits vorhandenen Angebote und Anbieter der PSNV unter Berücksichtigung ihrer zielgruppenspezifischen Ausrichtung und Qualitätsstandards so zu organisieren, dass sie effektiv und effizient vernetzt und koordiniert sowie strukturell angebunden sind.

PSNV für Einsatzkräfte

- **Psychosoziale Prävention im Einsatzalltag ist grundlegender Bestandteil der Fürsorgepflicht der Arbeitgeber gegenüber den eigenen haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräften.** ■

Einsatzkräfte aus nicht-polizeilicher, polizeilicher sowie militärischer Gefahrenabwehr erleben im Einsatz häufig extreme Situationen, die zu psychischen Belastungen führen können. Aus diesem Grund gilt es, die psychosoziale Prävention für haupt- und ehrenamtliche Einsatzkräfte in den alltäglichen Strukturen zu verankern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es grundsätzlich notwendig, dass die Behörden

und Organisationen aus den genannten Bereichen ein umfassendes Gesundheitsmanagement in ihren Strukturen verankern. Die Arbeitgeber bzw. Träger der jeweiligen Organisation haben eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräften und sind somit auch für den Erhalt der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter mitverantwortlich.

■ Psychosoziale Prävention für Einsatzkräfte ist unterteilt in Einsatzvorbereitung, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge. ■

Wie mit dem auf der Konsensus-Konferenz 2008 verabschiedeten Verlaufsmodell der PSNV-Maßnahmen für Einsatzkräfte festgeschrieben, findet psychosoziale Prävention im Einsatzwesen vor, während und nach dem Einsatz statt. In diesem Zusammenhang lassen sich u. a. folgende Schwerpunkte benennen:

a) **Vor dem Einsatz (Primäre Prävention):** Basis effektiver primärer psychosozialer Prävention ist eine adäquate Ausbildung der Einsatzkräfte. Das betrifft einerseits die jeweils berufsspezifischen Themenfelder, da in schwierigen Einsatzsituationen umfassende fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten Handlungssicherheit gewährleisten. Andererseits sind Aspekte der psychosozialen Prävention direkt in der Aus- und Fortbildung zu verankern. Für Führungskräfte ist dabei eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema „Psychosoziale Prävention“ notwendig, da diese in ihrer Funktion als Vorgesetzte Überforderungen und Belastungen erkennen und ggf. vermeiden können sollten.

b) **Während des Einsatzes (sekundäre Prävention):**

Im Rahmen der Einsatzbegleitung sollten konkrete Maßnahmen getroffen werden, um die Einsatzkräfte vor Überforderungen und Belastungen zu schützen. Dazu gehören neben geregelten Pausen- und Ablösungszeiten und ausreichender Basisversorgung mit Nahrungsmitteln auch die unaufdringliche Präsenz von psychosozialen Fachkräften und speziell geschulten Einsatzkräften (Peers) sowie nicht verpflichtende Gesprächsangebote.

c) **Nach dem Einsatz (sekundäre und tertiäre Prävention):**

Im Rahmen der Einsatznachsorge sollten je nach Bedarf der Einsatzkräfte unterschiedliche Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dazu gehören u. a. ein qualifiziertes Maßnahmenpaket aus unterschiedlichen Einzel- und Gruppenangeboten unter Hinzuziehung von psychosozialen Fachkräften und speziell geschulten Einsatzkräften (Peers), bei Bedarf die Vermittlung weiterführender Hilfen sowie ggf. psychotherapeutische Interventionen (Schwerpunkt Psychotraumatologie).

■ Psychosoziale Prävention ist über generelle Maßnahmen in den Einsatzorganisationen zu implementieren. ■

Neben konkreten Empfehlungen für die verschiedenen Phasen des Verlaufsmodells sind auch generelle Maßnahmen der psychosozialen Prävention in den Einsatzorganisationen zu implementieren. Dazu gehören u. a.

- a) die Einbindung und Umsetzung des Themas „Psychosoziale Prävention“ im Leitbild der jeweiligen Organisation
- b) die verbindliche Einbindung der psychosozialen Prävention in die bereits bestehenden Organisationsstrukturen sowie die Sicherstellung

gesundheits- und ressourcenerhaltender Arbeitsbedingungen innerhalb der Organisation

- c) das Installieren eines generellen Qualitätsmanagements durch:

- **Personalauswahl:** Keine der Einsatzkräfte sollte über die eigenen Grenzen hinaus belastet werden. Aus diesem Grund kommt bereits der Auswahl von Mitarbeitern für den Einsatzdienst eine hohe Bedeutung zu.

- **Aus- und Fortbildung:** Sowohl die Einsatz- als auch die Führungskräfte sollen für das Thema „Psychosoziale Prävention“ sensibilisiert werden. Daher ist eine Einbindung in Aus- und Fortbildungen unerlässlich.
- **Beratung der Führungskräfte** durch Fachkräfte: Die BOS sollten sich in den psycho-

sozialen Belangen ihrer Einsatzkräfte durch Fachkräfte beraten lassen. Diese können je nach eigenen Möglichkeiten intern implementiert (beispielsweise als kontinuierlicher psychosozialer Ansprechpartner oder Berater) oder extern hinzugezogen werden.

Zuständigkeiten, Schnittstellen und Vernetzung

PSNV ist integraler Bestandteil einer umfassenden psychosozialen Versorgung der Bevölkerung. Maßnahmen der psychosozialen Akuthilfen nach Notfällen und Einsatznachsorgeangebote sind daher eng mit anderen Angeboten aus dem System der psychosozialen und medizinischen Versorgung zu verzahnen, um mittel- und langfristig im Bedarfsfall reibungslose und qualifizierte Übergänge in weitere Maßnahmen zu ermöglichen. Bereits die Leitlinien zum psychosozialen Krisenmanagement thematisieren die Verknüpfung von PSNV mit angrenzenden Bereichen wie dem Betreuungsdienst und/oder dem Sanitätsdienst sowie der Regelversorgung. Es bestehen große Schnittmengen auch mit anderen Bereichen und Themenfeldern, nicht nur auf struktureller, sondern auch auf inhaltlicher Ebene.

Für reibungslose Abläufe und eine enge Verzahnung – vor allem in der Akutphase belastender Notfälle bzw. Einsatzsituationen – ist daher eine deutliche Be-

schreibung der vertikalen wie horizontalen Schnittstellen notwendig. Damit verbunden ist die Auseinandersetzung mit Fragen nach Zuständigkeiten für bestimmte Aufgabenbereiche und nach Möglichkeiten der Vernetzung. In diesem Zusammenhang gilt es beispielsweise zu klären, wo die grundsätzlichen Zuständigkeiten für die PSNV liegen oder wer in der Akutphase für welche Aufgabe zuständig ist und welche Unterstellungsverhältnisse bzw. Leitungs-, Aufsichts- und Weisungsbefugnisse sich daraus ergeben.

Das Konsensus-Gremium hat diese Punkte sehr früh aufgenommen und bereits zur Konsensus-Konferenz 2008 eine Leitlinie formuliert, die zur Klärung der offenen Aspekte auffordert. Bis 2010 sind dazu konkrete Ausführungen entstanden, die im Bezug auf spezielle Fragestellungen zusätzlich durch ein juristisches Fachgutachten begleitet wurden. Die Ergebnisse der umfangreichen Arbeiten sind im Folgenden dargestellt.

■ Schnittstellen, Zuständigkeiten und Fachaufsichten der PSNV sind zu gestalten und zu klären. ■

Zur Schaffung von Handlungssicherheit und Rechtssicherheit ist es erforderlich, die Zuständigkeiten für die PSNV in der Akutphase belastender Notfälle bzw. Einsatzsituationen und in Organisationen des Einsatzwesens zu klären sowie vertikale und horizontale Schnittstellen, Schnittmengen und

Übergänge zu gestalten und abzustimmen. Damit einhergehend sind Fragen der Fachaufsicht und der fachlichen Leitung in der PSNV zu klären, wie beispielsweise die Qualifikation der fachlichen Leitung der Teams in der psychosozialen Akuthilfe oder die Fachaufsicht für PSNV-Maßnahmen im Einsatzfall.

Schnittstelle Betreuungsdienst

Nicht zuletzt in den Leitlinien zur Einbindung der PSNV in Einsatzstrukturen wird deutlich, dass eine enge Verknüpfung zwischen PSNV und den Aufgaben des Betreuungsdienstes besteht. Trotz großer Schnittmengen existieren gleichzeitig auch Unterschiede, die vor allem im Tätigkeitsprofil beider Bereiche deutlich werden. Die beteiligten Hilfsorganisationen als Träger der Betreuungsdienste ha-

ben dessen Profil und Aufgaben für den Konsensus-Prozess nochmals eindeutig beschrieben. Die folgenden Ausführungen basieren auf den entsprechenden gemeinsamen Erläuterungen des Arbeiter-Samariter-Bundes e.V. (ASB), des Deutschen Roten Kreuzes e.V. (DRK), der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH) und des Malteser Hilfsdienstes e.V. (MHD).



Beschreibung Betreuungsdienst durch ASB, DRK, JUH und MHD

Die Hilfsorganisationen unterhalten und betreiben im Rahmen ihrer Mitwirkung in der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr des Bundes und der Länder den Betreuungsdienst als einen Fachdienst des Katastrophenschutzes bzw. der allgemeinen Gefahrenabwehr.

Zielgruppen der Arbeit des Betreuungsdienstes sind Überlebende und unmittelbar von einem Schadensereignis oder Einsatz betroffene Personen, die keiner akuten medizinischen Hilfen bedürfen.

Einsatzzeitraum ist primär die Akutphase (Beginn von Einsatzmaßnahmen bei einem Schadenereignis bis zur Auflösung der Einsatzleitung am Schadenort) an oder in der Nähe einer Schadenstelle, als auch Tage – und *in Ausnahmesituationen* Wochen – nach einem Schadenereignis in/an abgesetzten Betreuungsstellen/-plätzen. Bei langfristigen Einsätzen wird der Betreuungsdienst nur unterstützend für die Daseinsvorsorge zuständigen Behörden (Landkreis, kreisfreie Stadt, Stadtstaat usw.)

eingesetzt. Die Alarmierung der Einheiten des Betreuungsdienstes erfolgt im Einsatzfall über die behördlichen Leitstellen bzw. Einsatzzentralen.

In folgenden **Einsatzszenarien** werden die Kräfte der Betreuungsdienste tätig:

- Bei komplexen und umfänglichen Gefahren- und Schadenslagen mit erheblichen Auswirkungen auf eine Vielzahl von Personen (beispielsweise Massenansturm von Verletzten - MANV)
- an Schadenstellen und weiteren Bereichen mit Betreuungsbedarf von Einsatzkräften und Betroffenen
- bei Evakuierungslagen
- bei Ausfall sog. „Kritischer Infrastrukturen“ mit erheblichen Auswirkungen auf gesellschaftliche, soziale oder medizinische Strukturen.

Aufgaben des Betreuungsdienstes

Der Betreuungsdienst

- stellt den Betroffenen Hilfsgüter zur Befriedigung existentieller Grundbedürfnisse bereit (Getränke, Essen, Decken, Unterkunft, Kleidung, usw.),
- stellt eine erste psychosoziale Basis-Betreuung im Sinne psychischer erster Hilfe sicher,
- betreibt eine erste psychosoziale Basis-Betreu-

ung bis zum Eintreffen von Kräften der psychosozialen Akuthilfe (PSNV) und unterstützt diese in ihrer Arbeit.

Zusammenfassung: Schnittstelle Betreuungsdienste – PSNV

Die Kräfte der Betreuungsdienste, Gruppe soziale Betreuung, verfügen über eine psychosoziale Basiskompetenz. Diese befähigt sie überbrückende psychosoziale Basis-Betreuung zu übernehmen, bis die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe vor Ort sind.

Kommunale Zuständigkeit in der PSNV

Auch wenn die PSNV mittlerweile einen hohen Stellenwert bei der Versorgung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissten sowie Einsatzkräften einnimmt, kann nicht überall in Deutschland auf eine gleich starke Angebotsstruktur zurückgegriffen werden. Teilweise fehlt weiterhin – je nach regionalen Gegebenheiten – ein umfassendes und flächendeckendes Netz an PSNV-Angeboten. Das betrifft in erster Linie die PSNV für die zuerst genannte Zielgruppe, insbesondere im Bezug auf die psychosoziale Akuthilfe.

Während die Maßnahmen der PSNV für Einsatzkräfte grundsätzlich den Einsatzorganisationen bzw. Dienst- und Arbeitgebern obliegen, bestehen über die Zuständigkeiten für die PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste teilweise noch Unklarheiten. In einigen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten und Stadtstaaten wurden hierfür bereits kommunale Lösungen gefunden. An

anderer Stelle gibt es allerdings noch Klärungsbedarf zu der Frage, wer für die Sicherstellung der PSNV verantwortlich ist.

Im Folgenden sind die Leitlinien zur kommunalen Zuständigkeit für die PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste aufgeführt – mit Schwerpunkt „psychosoziale Akuthilfe“. In ihrer ersten Fassung wurden diese bereits auf der Konsensus-Konferenz 2009 verabschiedet, nun allerdings nach Vorliegen eines vom BBK zu verschiedenen Aspekten des Konsensus-Prozesses in Auftrag gegebenen juristischen Gutachtens (vgl. Fehn 2010, Zusammenfassung in Kapitel V, S. 96-101) aktualisiert. Den Ausführungen des Gutachters und damit auch die nachfolgenden Leitlinien liegt die Ausgangsprämisse zugrunde, dass es sich bei psychosozialer Akuthilfe nicht um eine heilkundliche Tätigkeit handelt (vgl. ebd.).

■ **Die Sicherstellung eines flächendeckenden Netzes psychosozialer Akuthilfe liegt im Zuständigkeitsbereich der Landkreise / kreisfreien Städte / Stadtstaaten.** ■

Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung übernehmen die Landkreise / kreisfreien Städte und Stadtstaaten wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge. Diese Grundversorgung der Bevölkerung umfasst auch die psychosoziale Akuthilfe als Teil der PSNV. Die Durchführung psychosozialer Akuthilfe liegt damit in der Zuständigkeit der Landkreise / kreisfreien Städte und Stadtstaaten. Daraus erwächst allerdings keine Verpflichtung zur Institutionalisierung, da es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um eine gesetzlich definierte Aufgabe der Daseinsvorsorge handelt. Es besteht aber die Möglichkeit, diese Aufgabe als freiwillige Leistung zu etablieren.

Sofern sich ein Landkreis / eine kreisfreie Stadt / ein Stadtstaat (oder ein Zusammenschluss aus mehreren Einheiten) dazu entschließt, die Aufgabe der psychosozialen Akuthilfe als freiwillige Leistung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu etablieren, steht hierfür ein weiterer Organisationsrahmen offen. So können entweder bereits vorhandene kommunale Einrichtungen genutzt werden, oder die Aufgabe zur ehrenamtlichen Durchführung an andere PSNV-Anbieter durch öffentlich rechtliche Verträge übertragen werden.

■ **Zur Sicherstellung eines flächendeckenden Netzes psychosozialer Akuthilfe ist in den Landkreisen / kreisfreien Städten / Stadtstaaten die Einbindung der PSNV in die bestehenden Alarmierungsstrukturen zu klären.** ■

Wird die Aufgabe der psychosozialen Akuthilfe im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrgenommen, trägt der Landkreis / die kreisfreie Stadt / der Stadtstaat dafür Sorge, dass eine Abstimmung auf die Strukturen und Einsatzabläufe der vorhandenen Einsatzorganisationen erfolgt und im Einsatzfall klare organisatorische Abläufe und Weisungsbefugnisse bestehen.

Entscheidender Aspekt hierbei ist die Einbindung in bestehende Alarmierungsstrukturen. In diesem Sinne wird für jedes Zuständigkeitsgebiet empfohlen, eine Leitstelle zu bestimmen, die die Aufgaben der Alarmierung, Koordination und Disponierung der Einsätze im Bereich der psychosozialen Akut-

hilfe übernimmt. Die Alarmierung sollte anhand einer Indikationsliste erfolgen, die in der Leitstelle hinterlegt ist und in regelmäßigen Abständen einer Aktualisierung unterzogen wird. Durch die klare Bündelung der Aufgaben in einer Leitstelle werden Doppelstrukturen und Kosten vermieden.

Die Leitstelle sollte im Bereich der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) angesiedelt sein. Die Wahl, ob die Anbindung an eine Leitstelle in der Polizei-, Feuerwehr- und/oder Rettungsdienststruktur erfolgt, ist abhängig von den regionalen Gegebenheiten und im Einzelfall zu entscheiden.

Fachaufsicht und Weisungsbefugnisse in der PSNV

Im Rahmen des Konsensus-Prozesses wurde umfassend über die Fragen, wie die PSNV fachlich beaufichtigt wird und wer wem gegenüber im Einsatzfall weisungsbefugt ist, diskutiert. Damit verbunden ist die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Themen des Approbationsvorbehalts und der Rechtsgrundlagen für das Handeln bezüglich der psychosozialen Akuthilfe. Diese und weitere Aspekte sind Gegenstand des vom BBK in Auftrag gegebenen Rechtsgutachtens (vgl. Fehn 2010, Zusammenfassung in Kapitel V, S. 96-101).

Konkreter Auftrag des Gutachters war es die bisherigen Empfehlungen und Leitlinien sowie verschie-

dene strittige Fragen des Konsensus-Prozesses aus juristischer Perspektive zu betrachten. Als Grundprämisse setzte er auftragsgemäß hierbei die Annahme voraus, dass es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um eine heilkundliche Tätigkeit handelt. Das Gutachten enthält dementsprechend die Ergebnisse des juristischen Prüfens der Konsequenzen, die aus dieser Grundannahme resultieren. Nicht berücksichtigt wurde die ebenso mögliche Prämisse, dass die psychosoziale Akuthilfe Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) bzw. des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ist. Die Betrachtung aus dieser Perspektive ist Gegenstand eines weiteren, noch ausstehenden Gutachtens.

Fachaufsicht in der psychosozialen Akuthilfe

Ein Schwerpunkt bei der fachlichen Auseinandersetzung mit Fragestellungen zur Fachaufsicht in der psychosozialen Akuthilfe beinhaltete die Überlegung, ob es für die psychosoziale Akuthilfe einer zentralen kommunalen Aufsichtsinstanz bedarf. Das Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass für eine solche Instanz grundsätzlich keine Notwendigkeit besteht, da die verschiedenen involvierten Berufsgruppen über eigene berufsrechtliche Regelungen verfügen. In diesem Sinne formuliert der Gutachter folgende Argumente:

Alle Akteure in der psychosozialen Akuthilfe, die zugleich Angehörige eines Heilberufes sind, (wie Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten) sind – unabhängig von ihrer Tätigkeit in der psychosozialen Akuthilfe – der berufsrechtlichen Aufsicht der für sie zuständigen Kammer sowie der Aufsicht der Berufszulassungsbehörde unterstellt. Für diesen Personenkreis ist daher keine darüber hinaus gehende Aufsichtsinstanz erforderlich. Unter der Annahme, dass

es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um die Ausübung von Heilkunde handelt, bedürfen auch alle anderen nicht approbierten Akteure keiner besonderen Fachaufsicht.

Aus rechtlicher Sicht ist vor diesem Hintergrund eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe nicht notwendig. Sie ist allerdings als freiwillige Leistung denkbar und rechtlich nicht untersagt. Analog zur Position des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ könnte von dem Landkreis / der kreisfreien Stadt / dem Stadtstaat als Aufgabenträger die Position „Leitung psychosoziale Akuthilfe“ mit vergleichbaren Aufgaben geschaffen werden. Insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass im Bereich der psychosozialen Akuthilfe in Zukunft noch weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn und eine Etablierung von Qualitätskriterien auf dieser Grundlage erforderlich sind, könnte die Einrichtung einer zentralen Stelle, die eher Qualitätssicherungsaufgaben als echte Überwachungsfunktionen erfüllt, sinnvoll sein.

Weisungsbefugnisse und Unterstellungsverhältnisse in der psychosozialen Akuthilfe

Bezogen auf die Frage, wie Weisungsbefugnisse und Unterstellungsverhältnisse in der psychosozialen Akuthilfe zu regeln sind, nimmt das Rechtsgutachten erneut Überlegungen zum Approbationsvorbehalt in den Blick. Unter Berücksichtigung der bereits formulierten Prämisse der psychosozialen Akuthilfe als Nicht-Heilkunde kommt der Gutachter zu folgendem Ergebnis:

Ein Arzt ist nach Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte und Ärztinnen (§ 2 Abs. 4) nicht befugt in medizinischen Angelegenheiten von einem Nicht-Arzt Weisung entgegen zu nehmen. Dieses Verbot erstreckt sich nicht auf rein organisatorische und/oder dienstliche Anweisungen. Ein Nicht-Arzt (z. B. ein Leitender Notfallseelsorger) kann somit einem Arzt (z. B. einem Notarzt) beispielsweise Weisungen in Bezug auf Arbeitszeiten, die Zuordnung bestimmter Einsatzabschnitte o. ä. erteilen. Berufsrechtlich besteht kein Problem darin, eine nicht approbierte Person (z. B. Sozialarbeiter oder Notfallpsychologe) als PSNV-Führungskraft einzusetzen, da diese im Rahmen der Leitung der psychosozialen Akuthilfe Ärzten, die als PSNV-Kraft tätig sind, keine medizinischen Weisungen erteilt.

Die konkreten Weisungsbefugnisse einer PSNV-Führungskraft gegenüber nachgeordneten Mitarbeitern

sollte durch die Gemeinde, die die Aufgabe der psychosozialen Akuthilfe auf der Grundlage der jeweiligen Gemeindeordnung im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrnimmt, in Form einer Dienstanweisung (einschließlich klar definierte Handlungs-Algorithmen) geregelt werden. Dabei muss die PSNV-Führungskraft ihrerseits in das Gesamtgefüge der Einsatzleitung eingebunden sein und bei der Alarmierung den Anweisungen der Leitstelle, und bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen später den Anweisungen der Gesamteinsatzleitung unterstellt sein.

Wird die PSNV als selbständiger Einsatzabschnitt auf der hierarchischen Ebene des Einsatzabschnittes „Medizinische Rettung/Sanitätsdienst“ eingerichtet und seine Führungskraft (L PSNV) sich damit auf der selben Ebene wie der Leitende Notarzt (LNA) befindet, wäre der (Abschnitts-)Leiter PSNV – ebenso wie der (Abschnitts-)Leiter LNA für den Bereich „Medizinische Rettung/Sanitätsdienst“ – in der Regel zugleich Mitglied der Gesamteinsatzleitung und dort als Fachberater PSNV (im operativ-taktischen Stab) beratend tätig. Wird die PSNV hingegen als Unterabschnitt des Einsatzabschnittes „Medizinische Rettung/Sanitätsdienst“ geführt, ist der L PSNV damit in organisatorischer bzw. dienstlicher Hinsicht (jedoch nicht in fachlicher Hinsicht) dem LNA unterstellt.

Interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Ausführungen zu den Aspekten der vorangegangenen Abschnitte haben bereits deutlich gemacht, dass die PSNV durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität gekennzeichnet ist. Um kein Nebeneinander sondern ein Miteinander der vielen beteiligten Akteure zu erreichen, hat das Konsensus-Gremium eine Leitlinie zur organisationsübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit entwickelt. Die-

se zielt einerseits auf die Vernetzung zwischen den PSNV-Akteuren ab und gibt konkrete Empfehlungen zur praktischen Umsetzung auf regionaler Ebene. Andererseits wird die Notwendigkeit betont, auch den Kontakt zu anderen Akteuren in der Gefahrenabwehr regelmäßig zu suchen und zu vertiefen, um die gemeinsamen Schnittstellen zu benennen und zu bearbeiten.

■ **Die interdisziplinäre und organisationsübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Anbietern der PSNV und Vertretern der Behörden und Organisationen der Gefahrenabwehr ist zu fördern.** ■

Um die interdisziplinäre und organisationsübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit auf regionaler Ebene zu fördern und damit reibungslose Abläufe in der PSNV sowie Qualitätssicherung zu erreichen, ist es notwendig, feste Kommunikationsstrukturen zu schaffen. Aus diesem Grund wird den Aufgabenträgern empfohlen, konkrete Netzwerke zu fördern, die sich je nach Auftrag aus verschiedenen regionalen Akteuren zusammensetzen. In diesem Sinne sind ein sog. „Netzwerktreffen PSNV“ sowie eine „Arbeitsgemeinschaft PSNV“ einzurichten.

Netzwerktreffen PSNV

Beim „Netzwerktreffen PSNV“ handelt es sich um ein organisationsübergreifendes offenes Netzwerk, das sich aus den verschiedenen Akteuren zusammensetzt, die im weiten Feld der psychosozialen Hilfen sowie der ambulanten und stationären ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung tätig sind. Dabei stehen nicht die Akuthilfen im Vordergrund, sondern das Hauptaugenmerk liegt auf der Schnittstelle zwischen akuter und mittel- bis langfristiger Versorgung.

Im Hinblick auf einen reibungslosen Übergang von Akuthilfen in verschiedene Angebote und Einrichtungen der mittel- bis langfristigen Regelversorgung, ist es Aufgabe des „Netzwerktreffens PSNV“, den Austausch zwischen den Vertretern der regional vorhandenen Angebote anzuregen, damit diese sich abstimmen und koordinieren können.

Arbeitsgemeinschaft PSNV

Bei der „Arbeitsgemeinschaft PSNV“ handelt es sich um ein Forum, in dem konkrete Fragestellungen zur Sicherstellung der psychosozialen Akuthilfe abgestimmt werden. Im Vordergrund stehen daher die Festlegung der operativ-taktischen Standards, wie beispielsweise die Alarmierung, die Qualitätssicherung der Angebote über Ausbildung usw., sowie Absprachen im Bereich Führung und Koordination von PSNV-Einsätzen.

Ob die Einrichtung der konkreten Netzwerke auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte oder auf Ebene der Länder bzw. Stadtstaaten umgesetzt wird, ist von regionalen Gegebenheiten abhängig zu machen. Ist eine Vernetzung auf kommunaler Ebene aufgrund einer geringen Dichte an PSNV-Anbietern und -Angeboten nicht umsetzbar, kann ein Zusammenschluss auf Landesebene gewinnbringender sein. In diesem Fall sollte die Landeszentralstelle bzw. der Landesbeauftragte PSNV eine koordinierende Funktion übernehmen.

In diesem Sinne können weitere Aufgaben des „Netzwerktreffens PSNV“ die Absprache von Vermittlungsmodalitäten zwischen den Beteiligten sowie die regelmäßige Überprüfung und Reflexion der Absprachen sein. Auf diese Weise entsteht ein Netzwerk, in dem eine zeitnahe Versorgung sichergestellt ist und Versorgungslücken vermieden werden können.

Welche Akteure vor Ort konkret in die Arbeit des „Netzwerktreffens PSNV“ einzubeziehen sind, ist abhängig von den regionalen Gegebenheiten und nach den jeweils gesetzten Arbeitsschwerpunkten zu entscheiden. Grundsätzlich ist aber ein möglichst breiter Teilnehmerkreis anzustreben, zu dem neben den PSNV-Anbietern, Vertretern der BOS usw. auch die Mitglieder der im Folgenden beschriebenen „Arbeitsgemeinschaft PSNV“ gehören.

Welche Akteure vor Ort konkret in die Arbeit der „Arbeitsgemeinschaft PSNV“ einzubeziehen sind, ist abhängig von den regionalen Gegebenheiten und den jeweils gesetzten Arbeitsschwerpunkten. Allerdings sollten aufgrund der konkreten inhaltlichen Ausrichtung alle im Feld der psychosozialen Akuthilfen tätigen Akteure beteiligt werden. Geborene Mitglieder sind demnach beispielsweise die aktiv tätigen Verbände, Organisationen, Kammern und Behörden usw.

Aus- und Fortbildung

Zur Konsensus-Konferenz 2008 wurde eine Leitlinie entwickelt und verabschiedet, die einheitliche Standards für die Aus- und Fortbildung von operativen Kräften und Führungskräften der PSNV fordert und auf die Notwendigkeit verweist, der Formulierung von curricularen Empfehlungen die Entwicklung von Tätigkeits- und Kompetenzprofilen voranzustel-

len. Dahinter verbirgt sich der Gedanke, zunächst grundlegend zu klären, welche Aufgaben verschiedene PSNV-Kräfte ausführen (sollen) und die dafür erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen zu beschreiben. Erst auf einer solchen Basis lassen sich Standards formulieren, die Aussagen über Inhalten von Aus- und Fortbildungen machen.

■ Für die Aus- und Fortbildung operativer Kräfte und Führungskräfte der Psychosozialen Notfallversorgung sind bundeseinheitliche Qualitätsmindeststandards festzulegen. ■

PSNV-Angebote in Deutschland zeichnen sich durch ein hohes Maß an multidisziplinärer Vielfalt aus. Das gilt auch für den Bereich der Aus- und Fortbildung, in dem sich die einzelnen PSNV-Anbieter jeweils um Qualitätssicherung bemühen. Um jedoch im Einsatzalltag miteinander kooperieren und die Aufgaben der PSNV wahrnehmen zu können, ist eine Festlegung auf bundeseinheitliche Qualitätsmindeststandards für die Aus- und Fortbildung unumgänglich. Die Einigung auf gemein-

same Mindeststandards ist ebenso eine elementare Voraussetzung für die Qualitätsüberprüfung und vergleichende Erfassung von PSNV-Angeboten. Voraussetzungen für die Festlegung der Qualitätsmindeststandards sind die Entwicklung eines Tätigkeits- und Kompetenzprofils für die einzelnen PSNV-Akteure. Daher müssen die bisher begonnen Anstrengungen (beispielsweise Magdeburger Workshoptagung 2005) verbindlich fortgesetzt werden.

Der Auftrag, zunächst Tätigkeits- und Kompetenzprofile auszuarbeiten, wurde unmittelbar im Anschluss an die Konsensus-Konferenz 2008 durch die Facharbeitsgruppe „Tätigkeits- und Kompetenzprofile“ (vgl. Kapitel I, S. 11) aufgenommen und ab 2010 im Gesamtplenium fortgesetzt. Die Arbeiten hieran waren sehr intensiv und durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet. Bis zum Ende des Gesamtprozesses

ist es gelungen, für verschiedene PSNV-Akteure Profile zu formulieren und zu verabschieden. Der nächste Schritt, die Erstellung von einheitlichen Aus- und Fortbildungsstandards, wurde allerdings vorerst nicht erreicht. Die Arbeiten hierzu wurden aber nicht aufgegeben, sondern werden fortgeführt (vgl. Kapitel III, S. 59).

Grundlagen der Tätigkeits- und Kompetenzprofile

Die Ausführungen und Verlaufsgrafiken im Abschnitt „Informationsmanagement“ zu den PSNV-Maßnahmen und den Anbietern dieser Maßnahmen machen

deutlich, dass verschiedene Akteure im interdisziplinären Kontext der PSNV tätig werden. Abbildung 16 gibt hierzu einen Überblick.

Operative PSNV-Kräfte	Kräfte der psychosozialen Akuthilfen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und Vermissende (wie Kräfte der Kriseninterventionsteams im Rettungsdienst, der Notfallseelsorge, der Notfallpsychologie)
	Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen und psychotherapeutischen Frühintervention in den ersten Stunden nach einer komplexen Gefahren- und Schadenslage oder Katastrophe aus diversen Hintergrunddiensten (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krisendienste, Traumaambulanzen, etc.)
	Psychosoziale Fachkräfte als kontinuierliche Ansprechpartner und PSNV-Einsatzkräfte im Einsatzwesen für primäre Prävention, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge (wie Feuerwehr- und Polizeiseelsorger, Polizeipsychologen, etc.)
	Speziell geschulte Einsatzkräfte als kollegiale Ansprechpartner und PSNV-Einsatzkräfte im Einsatzwesen für primäre Prävention, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge (Peers, soziale bzw. kollegiale Ansprechpartner, etc.)
PSNV-Führungskräfte	Fachberater PSNV im Stab (operativ-taktische und politisch-administrative Führungsebene)
	Leiter PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle
	PSNV-Führungsassistent für den Leiter PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle
PSNV-Kräfte für Aus- und Fortbildung und Vernetzung	Beauftragte für PSNV in den Ländern (Landeszentralstellen, Landesbeauftragte, Koordinierungsstellen, etc.)
	Dozenten für PSNV in Bildungseinrichtungen des Einsatzwesens (Feuerwehr- und Katastrophenschutzschulen der Länder, Rettungsdienstschulen, THW-Schulen, Bildungseinrichtungen der Bundeswehr und der Polizeien des Bundes und der Länder, etc.)
Weitere PSNV-Verantwortliche	Verantwortliche für PSNV in den Behörden und Organisationen der Gefahrenabwehr zur Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation

Abb. 16: PSNV-Akteure in der Gefahrenabwehr

Für alle operativen PSNV-Kräfte, PSNV-Führungskräfte sowie für die Beauftragten für PSNV in den Ländern liegen als Ergebnis des Konsensus-Prozesses Tätigkeits- und Kompetenzprofile vor, die im Folgenden bzw. im Abschnitt „PSNV auf Ebene der Bundesländer“ ausgeführt werden.

Inhaltlich basieren alle formulierten Profile auf einer bedürfniszentrierte Ausrichtung. Damit ist gemeint, dass sich die inhaltliche Ausgestaltung von PSNV-Maßnahmen, die von operativen PSNV-Akteuren umgesetzt werden, sowie die dafür notwendigen

Kompetenzen unmittelbar aus den wesentlichen Bedürfnissen der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden bzw. der Einsatzkräfte ableiten. Danach bilden die fünf Prinzipien („five elements“, vgl. Hobfoll et al. 2007) „das Erleben von Sicherheit fördern, beruhigen und entlasten, Selbstwirksamkeit und Kontrolle fördern, Kontakt und Anbindung fördern, das Gefühl von Hoffnung stärken“ die wesentliche Handlungsorientierung. Die praktische Ausgestaltung dieser Prinzipien ist nach zeitlichem Abstand vom Notfallereignis, Ereignisart und Zielgruppe zu differenzieren.

Tätigkeits- und Kompetenzprofile für operative PSNV-Akteure in der Gefahrenabwehr

Zu den operativen PSNV-Akteuren in der Gefahrenabwehr gehören je nach Zielgruppe die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe, Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen

Frühintervention aus Hintergrunddiensten, psychosoziale Fachkräfte und speziell geschulte Einsatzkräfte (so genannte „Peers“).

Zielgruppe Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermis-sende

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für Kräfte der psychosozialen Akuthilfe ■

Zielgruppen der Kräfte der psychosozialen Akuthilfe sind Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermis-sende. Einsatzzeitraum ist die Akutphase (erste Stunden bis Tage nach Notfallereignis). Die Anforderung der Kräfte der psychosozialen Akuthilfe erfolgt im Einsatzfall über die Leitstelle bzw. Einsatzzentrale.

In folgenden Einsatzbereichen werden die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe tätig:

- bei alltagsnahen Notfallereignissen an der Einsatz- bzw. Schadenstelle und weiteren Orten mit Betreuungsbedarf der Zielgruppen

- bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen, insbesondere MANV, an der Schadenstelle und weiteren Bereichen mit Betreuungsbedarf der Zielgruppen; primär an (Akut-)Sammel- und Betreuungsstellen/-plätzen, vereinzelt auch an Behandlungsplätzen (BHP) und Totenablagen.

Die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe

- nehmen Bedürfniserhebungen („Was möchte der Betroffene“) und Bedarfserhebungen („Welches Angebot sollte dem Betroffenen gemacht werden?“) vor

- setzen methodisch-strukturierte und alltagsnahe Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung der Betroffenen der o. g. Zielgruppe um
- vermitteln die Betroffenen in das soziale Netzwerk (Familie, Freunde usw.) oder in Einrichtungen der mittel- und längerfristige psychosozialen Hilfen oder der ambulanten oder stationären Versorgung.

Die Kräfte der psychosozialen Akuthilfe verfügen über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV für die Zielgruppe der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissende sowie über Feldkompetenz in der PSNV. In ihrer Funktion als Kräfte der psychosozialen Akuthilfe sind sie ehrenamtlich oder im Rahmen ihrer dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Frühintervention in Hintergrunddiensten ■

Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Frühintervention in Hintergrunddiensten sind speziell in PSNV qualifizierte Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Krisendiensten, Traumaambulanzen und vergleichbaren Einrichtungen. Ihre Zielgruppen sind Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen, seltener Einsatzkräfte. Einsatzzeitraum ist die Akutphase (erste Stunden bis Tage nach dem Notfallereignis). Die Anforderung der Kräfte der Hintergrunddienste erfolgt im Einsatzfall über die Leitstelle bzw. Einsatzzentrale.

Die Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Frühintervention in Hintergrunddiensten

- nehmen eine Bedürfnis- und Bedarfserhebung vor

- nehmen eine psychologische Diagnostik vor
- setzen methodisch-strukturierte und alltagsnahe Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung der Betroffenen um
- führen Maßnahmen zur Feststellung und Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert durch.

Die Kräfte der psychologischen Hilfen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Frühintervention in Hintergrunddiensten verfügen über Grundkenntnisse der regionalen und überregionalen PSNV-Struktur sowie über fachlich fundierte Kenntnisse, insbesondere in den Bereichen Notfall- und Gesundheitspsychologie bzw. in klinischer Psychologie und Psychotraumatologie.

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für psychosoziale Fachkräfte in Einsatzorganisationen ■

Zielgruppen der psychosozialen Fachkraft in Einsatzorganisationen sind Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr. Die psychosoziale Fachkraft wird in allen Zeitphasen (vor, während sowie Tage, Wochen und Monate nach einem Einsatz) tätig, sie steht Einsatzkräften in ihren Einsatzorganisationen bzw. Einsatzeinheiten als kontinuierlicher Ansprechpartner für psychosoziale Fragen und Probleme zur Verfügung.

Psychosoziale Fachkräfte

- bereiten primärpräventive Maßnahmen im Einsatzwesen (Schulungen, Beratung, Konzeptentwicklung etc.) vor, setzen sie um und leiten sie
- bereiten Organisationseinheiten der psychosozialen Prävention im Einsatzwesen (beispielsweise Einsatznachsorgeteams) vor, fördern ihre Implementierung und leiten sie
- beraten Führungskräfte (die psychosozialen Belange der Einsatzkräfte betreffend)
- nehmen bei Einsatzkräften Bedürfniserhebungen („Was möchte die Einsatzkraft“) und Bedarfserhebungen („Welches Angebot sollte der Einsatzkraft gemacht werden?“) vor

- bereiten methodisch-strukturierte Maßnahmen der Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge vor, setzen sie um und leiten sie
- vermitteln Einsatzkräfte in das berufliche/ehrenamtliche und private soziale Netzwerk (Einsatzwesen, Familie, Freunde usw.) oder in Einrichtungen der mittel- und längerfristigen psychosozialen Hilfen oder der ambulanten oder stationären Versorgung.

Psychosoziale Fachkräfte in Einsatzorganisationen verfügen über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV für die Zielgruppe der Einsatzkräfte sowie Feldkompetenz in der PSNV. Sie verfügen in der Regel über eine wissenschaftliche Ausbildung im pädagogischen, sozialwissenschaftlichen, ärztlich-medizinischen, psychologischen oder theologischen Bereich. Zudem haben sie PSNV-spezifische Fort- und Weiterbildungen durchlaufen.

Psychosoziale Fachkräfte wirken in einer Organisation mit, die sich zur Mitwirkung in der Gefahrenabwehr verpflichtet hat. In ihrer Funktion als psychosoziale Fachkräfte sind sie ehrenamtlich oder im Rahmen ihrer dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für speziell geschulte Einsatzkräfte ■

Zielgruppen der speziell geschulten Einsatzkräfte (so genannte „Peers“) sind Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr. Die speziell geschulten Einsatzkräfte werden durchgängig (vor, während sowie Tage, Wochen und Monate nach einem Einsatz) tätig.

Die speziell geschulten Einsatzkräfte:

- wirken bei der Vorbereitung und Umsetzung primärpräventiver Maßnahmen im Einsatzwesen (Schulungen, Beratung, Konzeptentwicklung etc.) mit
- wirken bei der Vorbereitung und Implementierung von Organisationseinheiten der psychosozialen Prävention im Einsatzwesen (beispielsweise Einsatznachsorgeteams) mit
- beraten Führungskräfte (die psychosozialen Belange der Einsatzkräfte betreffend)
- nehmen bei Einsatzkräften Bedürfniserhebungen („Was möchte die Einsatzkraft?“) vor und identifizieren belastete Einsatzkräfte
- wirken bei der Vorbereitung und Umsetzung methodisch-strukturierter Maßnahmen der Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge mit
- vermitteln zwischen Einsatzkräften und psychosozialen Fachkräften bzw. Gesundheits- und Sozialdiensten in den Einsatzorganisationen.

Speziell geschulte Einsatzkräfte verfügen über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV für die Zielgruppe der Einsatzkräfte sowie über umfassende und langjährige Erfahrung als haupt- oder ehrenamtliche Einsatzkraft. In ihrer Funktion sind sie ehrenamtlich oder im Rahmen ihrer dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

Tätigkeits- und Kompetenzprofile für PSNV-Führungskräfte

Zu den PSNV-Führungskräften gehören Fachberater PSNV, der Leiter PSNV und der Führungsassistent PSNV (vgl. Ausführungen im Abschnitt „Psychosozia-

les Krisenmanagement und strukturelle Regelungen“ Kapitel II, S. 33).

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für den Fachberater PSNV im operativ-taktischen Führungsstab ■

Der Fachberater PSNV (FB PSNV) im operativ-taktischen Stab berät und unterstützt den Stab, dabei insbesondere den Leiter des Stabes (Einsatzleiter), die Sachgebietsleiter (insbesondere Personal und Einsatz) und die Fachberater Rettungsdienst, Sanitätsdienst, Betreuungsdienst (sofern eingesetzt) in Fragen der PSNV.

Der FB PSNV im operativ-taktischen Stab berät

- beim Aufbau der für das jeweilige Ereignis geeigneten und notwendigen PSNV-Strukturen
- bei der Integration der PSNV in die Einsatzabschnittsstruktur
- bei der Bedarfsermittlung PSNV

- bei der (wirtschaftlich) angemessenen Umsetzung der PSNV-Strukturen.

Der FB PSNV wird durch die zuständige Behörde berufen und hat beratende Funktion, aber keine Führungs- und Einsatzleitbefugnisse. Er sollte über einen einschlägigen (Fach-)Hochschulabschluss verfügen, die der PSNV dienlich ist. Weiterhin sollte er über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV aus PSNV-Fort- und Weiterbildungen, Erfahrungswissen (Feldkompetenz) aus aktivem Dienst in Gefahrenabwehr und PSNV und Kenntnisse und Übungserfahrungen in der Stabsarbeit verfügen. In seiner Funktion als Fachberater ist er ehrenamtlich oder im Rahmen seiner dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für den Fachberater PSNV im politisch-administrativen Führungsstab ■

Der Fachberater (FB PSNV) im politisch-administrativen Stab (auch als Verwaltungsstab bezeichnet) berät und unterstützt den Stab, dabei insbesondere den Leiter des Stabes (Bürgermeister, Oberbürgermeister, Landrat, etc.), die Sachgebietsleiter und den Öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienst in Fragen der PSNV.

Der FB PSNV im politisch-administrativen Stab berät

- beim Aufbau der für das jeweilige Ereignis geeigneten und notwendigen PSNV-Strukturen, insbesondere bei der Gestaltung einer Bürgerhotline/Krisenhotline und beim Aufbau einer längerfristigen, anlassbezogenen PSNV-Koordinierungsstelle (Konzept, Trägerschaft, Finanzierung, Personal etc.)

- bei der (wirtschaftlich) angemessenen Umsetzung der PSNV-Strukturen.

Der FB PSNV wird durch die zuständige Behörde berufen und hat beratende Funktion, aber keine Führungs- und Einsatzleitbefugnisse. Er sollte über einen einschlägigen (Fach-)Hochschulabschluss verfügen, die der PSNV dienlich ist. Weiterhin sollte er über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV aus PSNV-Fort- und Weiterbildungen, Erfahrungswissen (Feldkompetenz) aus aktivem Dienst in Gefahrenabwehr und PSNV sowie Kenntnisse und Übungserfahrung in der Stabsarbeit verfügen. In seiner Funktion als Fachberater ist er ehrenamtlich oder im Rahmen seiner dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Gesundheitsdienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für den Leiter PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle ■

Der Leiter PSNV (L PSNV) leitet alle psychosozialen Maßnahmen/Einsatzabschnitte im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle und übernimmt dort psychosoziale Führungs- und Koordinationsaufgaben.

Der L PSNV wird durch die zuständige Behörde berufen und hat Führungs- und Einsatzleitbefugnisse. Er sollte über einen einschlägigen (Fach-) Hochschulabschluss verfügen, die der PSNV dienlich ist. Weiterhin sollte er über fachlich fundierte

Kenntnisse der PSNV aus PSNV-Fort- und Weiterbildungen, Erfahrungswissen (Feldkompetenz) aus aktivem Dienst in Gefahrenabwehr und PSNV, Kenntnisse und Übungserfahrung bezüglich Einsatzführung bei Großschadensereignissen und im Katastrophenfall sowie Kenntnisse der Stabsarbeit verfügen. In seiner Funktion als L PSNV ist er ehrenamtlich oder im Rahmen seiner dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

Ergänzende Position der Johanniter Unfallhilfe (JUH): Im Kompetenzprofil für den Leiter PSNV ist hinsichtlich der Aspekte „Erfahrungswissen (Feldkompetenz)“ und „Kenntnisse der „Einsatzführung/Stabsarbeit“ eine höhere Verbindlichkeit zu formulieren. Somit muss (anstatt „sollte“) der Leiter PSNV über Erfahrungswissen (Feldkompetenz) und Kenntnisse der Einsatzführung/Stabsarbeit verfügen. Die sollte-Formulierung für die anderen aufgeführten Kompetenzen bleibt davon unberührt.

51

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für den PSNV-Führungsassistenten für den Leiter PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle ■

Der PSNV-Führungsassistent (FüAss PSNV) unterstützt den Leiter PSNV im Schadengebiet bzw. an der Einsatzstelle durch logistisches Management und Kommunikation zu den unterstellten Einheiten und Einsatzkräften und der übergeordneten Einsatzleitung.

Der PSNV-Führungsassistent wird durch die zuständige Behörde berufen. Er hat Weisungsbefugnisse, wenn der Leiter PSNV ihn mit der Wahrnehmung von Führungsaufgaben beauftragt. Ebenso wie

der Leiter PSNV verfügt er über fachlich fundierte Kenntnisse der PSNV aus PSNV-Fort- und Weiterbildungen, Erfahrungswissen (Feldkompetenz) aus aktivem Dienst in Gefahrenabwehr und PSNV, Kenntnisse und Übungserfahrung bezüglich Einsatzführung bei Großschadensereignissen und im Katastrophenfall. In seiner Funktion als PSNV-Führungsassistent ist er ehrenamtlich oder im Rahmen seiner dienstlich geregelten Aufgaben (z. B. im öffentlichen Dienst, den Kirchen oder Hilfsorganisationen) tätig.*

** Redaktionelle Anmerkung des BBK: Im Vergleich zur Abschlussfassung der Konsensus-Konferenz 2010 hat sich in einzelnen Profilbeschreibungen eine durch das BBK vorgenommene redaktionelle Änderung ergeben. Psychosoziale Akuthelfer, psychosoziale Fachkräfte, speziell geschulte Einsatzkräfte und die PSNV-Führungskräfte können demnach nicht nur „ehrenamtlich bzw. im Rahmen ihrer Aufgaben im öffentlichen Dienst“ sondern grundsätzlich „ehrenamtlich oder im Rahmen ihrer dienstlich geregelten Aufgaben“ tätig werden.*

PSNV auf Ebene der Bundesländer: Empfehlungen aus den Ländern für die Länder (erarbeitet von den Fachbeauftragten der Innenministerien und Senate der Länder Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein)

Im Rahmen des Konsensus-Prozesses hat sich eine Facharbeitsgruppe „Landeszentralstellen und Vernetzungen“ konstituiert. Ihre Aufgabe war es die bereits 2008 verabschiedeten Empfehlungen für die Bundesländer zur Einrichtung einer Landeszentralstelle PSNV bzw. zur Berufung eines Landesbeauftragten PSNV inhaltlich auszugestalten. An der Gruppe waren ausschließlich Fachbeauftragte aus Innenministerien und Senaten der oben aufgeführten Länder beteiligt, die bereits über eine zentrale Stelle oder

einen Beauftragten für PSNV verfügen. In der Zusammenarbeit ergaben sich nicht nur die vorliegenden Empfehlungen „aus den Ländern für die Länder“ sondern auch die Umwandlung der auf Zeit geplanten Gruppe in ein ständiges Gremium. Hier sollen auch zukünftig der begonnene Austausch fortgeführt und verschiedene länderübergreifende Fragestellungen zur PSNV diskutiert werden – nach Möglichkeit auch unter Beteiligung der bisher noch nicht involvierten Bundesländer (vgl. Kapitel III, S. 60).

■ Den Ländern wird die Einrichtung einer Landeszentralstelle oder die Berufung eines Landesbeauftragten für PSNV empfohlen. ■

Mit Blick auf das Ziel einer überregionalen Vernetzung der PSNV wird eine auf Landesebene strukturell eingebundene Organisation bzw. Position in Form einer Landeszentralstelle PSNV bzw. eines Landesbeauftragten PSNV empfohlen. Die Funktion einer solchen Stelle bzw. einer solchen Person ist die Zusammenführung und Abstimmung von

behörden- und organisationsübergreifenden PSNV-Aktivitäten. Auf diese Weise können beispielsweise Reibungsverluste bei landesweiten Großschadenslagen und weiteren koordinierenden Aufgaben vermieden sowie die Verknüpfung von an der PSNV beteiligten Ressorts gewährleistet werden.

■ **Den Ländern wird eine strukturelle Anbindung von Landeszentralstellen bzw. von Landesbeauftragten PSNV an bereits bestehende Strukturen der Gefahrenabwehr empfohlen.** ■

Die strukturelle Anbindung einer Landeszentralstelle bzw. eines Landesbeauftragten PSNV liegt in der Verantwortlichkeit der jeweiligen Bundesländer. Es hat sich aber vielfach bewährt, unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen eine Einbindung in bereits bestehende Strukturen der Gefahrenabwehr anzustreben, um Schnittmengen nutzen und

Schnittstellen aufeinander abstimmen zu können.

In Abbildung 17 sind bereits bestehende Landeszentralstellen, berufene Landesbeauftragte PSNV bzw. ähnliche Funktionen sowie die bundeslandspezifische strukturelle Anbindung exemplarisch aufgeführt.

Land	Form	Besetzung	Anbindung
Bayern	Landeszentralstelle PSNV	hauptamtlich	Staatliche Feuerweherschule Geretsried
Hamburg	Landeskoordinator PSNV	hauptamtlich	Behörde für Inneres und Sport
Mecklenburg-Vorpommern	Landeszentralstelle PSNV	hauptamtlich	Universität Greifswald, finanziert durch Innenministerium
Niedersachsen	Landesbeauftragter PSNV (in Planung)	hauptamtlich	Ministerium für Inneres, Sport und Integration
Rheinland-Pfalz	Landeszentralstelle PSNV	hauptamtlich	Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz
Schleswig-Holstein	Landeszentralstelle PSNV	ehrenamtlich	Landesfeuerwehrverband / Innenministerium
Berlin	Wie die anderen aufgeführten Länder war das Bundesland Berlin ebenfalls am Konsensusprozess beteiligt. Die Fachaufgaben zur PSNV werden hier durch einen Fachberaterpool und in der Außenvertretung durch einen gewählten Sprecher wahrgenommen, der durch einen Zusammenschluss von Anbietern der PSNV getragen wird und dessen Arbeit durch eine Rahmenvereinbarung mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und der Senatsverwaltung für Inneres und Sport gesichert ist.		

Abb. 17: Bereits implementierte PSNV-Strukturen auf Landesebene

Stand: 10.11.2011

Redaktionelle Anmerkungen des BBK: Die Abb. 17 gibt den jeweiligen Implementierungsstand zum letzten Abstimmungszeitpunkt der Facharbeitsgruppe „Landeszentralstellen und Vernetzungen“ wieder. Da dieser sich kontinuierlich entwickelt, wurde neben den inhaltlichen Veränderungen zur 1. Auflage (08/2011) mit der 2. Auflage die Kennzeichnung des Erarbeitungsstandes eingefügt.

■ Tätigkeits- und Kompetenzprofil für die personelle Besetzung einer Landeszentralstelle PSNV bzw. einen Landesbeauftragten PSNV ■

Die bereits eingerichteten Landeszentralstellen PSNV oder berufenen Landesbeauftragten PSNV erfüllen neben bundeslandesspezifischen Tätigkeitsschwerpunkten auch Kernaufgaben, die alle Stellen bzw. Personen gleichermaßen erfüllen.

Folgende Tätigkeiten gehören zum Tätigkeitsprofil einer Landeszentralstelle PSNV bzw. eines Landesbeauftragten PSNV:

a) Weiterentwicklung und Pflege des Netzwerkes zur PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste
Das beinhaltet konkret die

- Kontaktaufnahme und -pflege zu den bestehenden Regionalgruppen und Anbietern
- Schaffung eines Überblicks über die aktuelle Situation (Ausbildung, Einsatzhäufigkeit usw.) und die Kontaktdaten der Teams (beispielsweise unter Verwendung der im Rahmen des Konsensus-Prozesses verabschiedeten Erfassungskriterien)
- regelmäßige Aktualisierung dieser Daten durch geeignete kommunikative Strukturen (beispielsweise durch das Einrichten einer Internetplattform)
- Organisation von überregionalen PSNV-Arbeitstreffen (unter Berücksichtigung möglicherweise auf kommunaler Ebene eingerichteter Netzwerke)
- angemessene Umsetzung und Vermittlung landesweiter Standards für die Ausbildung und Einsatztätigkeit sowie die Weitergabe und Weiterleitung dieser Information an verantwortliche und involvierte Personen

- Beratung bei der Gründung und Qualifizierung neuer Regionalgruppen
- Bereitstellung fachlicher Materialien und gegebenenfalls Vermittlung kompetenter Fachreferenten.

b) Weiterentwicklung und Pflege des Netzwerkes zur PSNV für Einsatzkräfte

Das beinhaltet konkret

- den Kontaktaufbau und die -pflege zu den für den Bereich der Einsatznachsorge qualifizierten psychosozialen Fachkräften und speziell geschulten Einsatzkräften (Peers) im Land sowie zu den zuständigen Ansprechpartnern der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS)
- die Organisation überregionaler Arbeitstreffen für diesen Personenkreis
- die Beratung bei der Qualifizierung betreffender Personen.

c) Entwicklung und Pflege eines landesweiten Informations- und Auskunftssystems über Ansprechpartner der mittel- und längerfristigen psychosozialen Hilfen sowie der psychotherapeutischen (Früh)Interventionen

d) Unterstützung und Beratung der Katastrophenschutzbehörden bei der Sicherstellung von PSNV bei Großschadenslagen und Katastrophen

e) Sicherstellung der länderübergreifenden Vernetzung zu Experten und Anbietern der PSNV sowie zu Forschungseinrichtungen auf nationaler wie internationaler Ebene

- | | |
|---|--|
| <p>f) Vertretung der Landesinteressen auf Bundesebene (beispielsweise durch das Mitwirken an Facharbeitsgruppen und Arbeitskreisen)</p> <p>g) Unterstützung von Forschungsprojekten zur PSNV (beispielsweise durch die Vermittlung von Ansprechpartnern).</p> | <p>Der Landesbeauftragte PSNV bzw. die personelle Besetzung der Landeszentralstelle PSNV sollte über fachlich fundierte Kenntnisse und Erfahrungswissen in der PSNV verfügen. Nach Möglichkeit verfügt er über einen (Fach-)Hochschulabschluss, welcher der PSNV dienlich ist.</p> |
|---|--|

■ **Den Ländern wird empfohlen, die im Rahmen des Konsensus-Prozesses verabschiedeten Ergebnisse zur Qualitätssicherung in der PSNV auf Landesebene umzusetzen.** ■

Das Gesamtpaket der verabschiedeten Leitlinien und Standards zur PSNV umfasst ein breites Themenspektrum. So wird den Ländern nicht nur die Umsetzung der Empfehlungen zur strukturellen

Anbindung auf Landesebene empfohlen sondern auch die Berücksichtigung der weiteren Ergebnisse des Konsensus-Prozesses.

■ **Den Ländern wird empfohlen, die weiterhin erforderlichen Bemühungen zur Qualitätssicherung in der PSNV zu unterstützen und sich daran aktiv zu beteiligen.** ■

Nicht alle aufgeworfenen Fragestellungen zur PSNV konnten im Rahmen des Konsensus-Prozesses abschließend beantwortet werden. Aus diesem Grund sind auch zukünftige Bemühungen zur Qualitätssicherung und fachlichen Weiterentwicklungen des Fachgebietes notwendig. Den Ländern wird

empfohlen, die weiteren Arbeiten zu unterstützen und beispielsweise die eigene Expertise in der als ständiges Gremium geplanten Facharbeitsgruppe „Landeszentralstellen und Vernetzungen“ aktiv einzubringen.

Fachliche Weiterentwicklung 2008 verabschiedeter Leitlinien

Mit dem Band „Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätssicherung und Leitlinien (Teil I)“ wurden die im ersten Jahr des Konsensus-Prozesses erarbeiteten Leitlinien und Standards zur PSNV veröffentlicht. Die damit publizierten Resultate der Konsensus-Konferenz 2008 bildeten die Grundlage für die weiteren Arbeiten und Abstimmungen, in deren Rahmen die teilweise noch recht abstrakten Leitlinien und Standards fortgeschrieben wurden. Die inhaltlichen Aus-

gestaltungen hatten vertiefenden Charakter, brachten aber auch fachliche Weiterentwicklungen bereits bestehender Inhalte mit sich.

Nicht nur veränderten sich die zunächst gewählte Gliederung der bearbeiteten Themenfelder (vgl. Kapitel I, S. 15) sondern auch einige im ersten Band getroffenen Aussagen. So kam es zu Modifizierungen in den beiden folgenden Bereichen.

PSNV-Maßnahmen „psychosoziale Akuthilfe“ und „Einsatznachsorge“ – Stichwort

„Screening“

Eines der grundlegenden Ergebnisse der Konsensus-Konferenz 2008 war die differenzierte Beschreibung der PSNV-Maßnahmen sowohl für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste sowie für Einsatzkräfte. Visualisiert wurden die Resultate in zielgruppenspezifischen Verlaufsgrafiken, die in ihrer modifizierten Fassung im Abschnitt „Informationsmanagement“ (vgl. Kapitel II, S. 21-24) zu finden sind. Darin werden als PSNV-Maßnahmen unmittelbar nach einem belastendem Ereignis die psychosoziale Akuthilfe bzw. die Einsatznachsorge spezifiziert.

In der ersten Version enthielten beide Maßnahmen neben der Bedürfnis- und Bedarfserhebung auch ein (lageabhängiges) Screening als mögliche Tätigkeit in der Akutversorgung. Auf Basis einer im Gutachten von Prof. Dr. I. Beerlage (vgl. Beerlage 2009, Zusammenfassung in Kapitel V, S. 102-103) vorgenommenen fachlichen Differenzierung war damit vor allem die Identifizierung von Gruppen von Menschen mit erhöhten Risiken gemeint, die in der Art des Unglücks, in der Zugehörigkeit der Betroffenen zu unmittelbar erkennbaren soziodemographischen Gruppen mit erhöhten Bewältigungsrisiken (z. B. Kinder) oder dem begrenzten Zugang zu sozialen Unterstützungsressourcen (z. B. Menschen ohne aktuell oder generell verfügbares soziales Netzwerk) begründet sind.

Gemeint war damit nicht die Diagnostik von individuellen aktuellen und biographischen Risikoprofilen und/oder der individuellen Intensität von Belastungsreaktionen unter Einsatz standardisierter Verfahren – als Reihenuntersuchung aller von einem belastendem Ereignis betroffenen Personen oder als umfassende Untersuchung eines einzelnen Menschen – mit dem Ziel der Prognose, wer ohne Hilfe mit höherer Wahrscheinlichkeit eine psychische Traumafolgestörung herausbilden werde oder unmittelbarer Intervention bedarf. Der Einsatz solcher prognostischen und diagnostischen Screenings in der Akutphase ist hinsichtlich der Sicherheit der Prognosen noch nicht ausreichend wissenschaftlich evidenzbasiert und hinsichtlich der Durchführbarkeit unter den Einsatzbedingungen einer komplexen Gefahren- und Schadenslage oder Katastrophe praktisch umstritten. Die wissenschaftlichen Daten und Bestandsaufnahmen sprechen eher gegen den breiten Einsatz von diagnostischen Instrumenten als Screening-Instrumente unmittelbar nach dem Schadensereignis, da zumeist erst nach Ablauf von vier bis sechs Wochen Prognosen über den zukünftigen Belastungsverlauf hinreichend aussagefähig sind.

Im Laufe des weiteren Abstimmungsprozesses wurde deutlich, dass die Kurzformulierung „Screening“ somit missverständlich war und sich daher auch kein

Konsens zur Bedeutung des Begriffs im Bezug auf die Akutphase herstellen ließ, da jeweils andere Inhalte damit verbunden wurden. Jedoch ließ sich Einigkeit darüber herbeiführen, dass die Identifizierung von (Teil-) Gruppen mit erhöhtem aktuellem Hilfebedarf im Rahmen einer Bedürfnis- und Bedarfserhebung genuiner Bestandteil aller psychosozialer Akuthilfen ist; sie ermöglicht die Alarmierung und den bedarfsgerechten Einsatz einer ausreichenden Anzahl psychosozialer Akuthilfen/Akuthelfer.

Auch fand die Aussage Konsens, dass die Erhebung von individuellen (aktuellen und biographischen) Risikoprofilen und Belastungsreaktionen zur Prognose möglicher Traumafolgestörungen in den Bereich der medizinischen und psychologischen Diagnostik fällt; sie ermöglicht die Planung und den bedarfsge-

rechten Einsatz von (Früh-)Interventionen sowie die Feststellung, ob die bisher verfügbare soziale Unterstützung im eigenen Netzwerk oder ggf. wahrgenommene mittel- und längerfristige psychosoziale Hilfen ausreichende Ressourcen zur Bewältigung darstellen (werden). Für die Akutphase potentiell notwendige individualdiagnostische Maßnahmen sind im Rahmen des im PSNV-Verlaufsmodell benannten psychotherapeutischen Hintergrunddienstes verfügbar.

Vor diesem Hintergrund konnte auf den missverständlichen Screening-Begriff in der Akutphase verzichtet werden. Zugleich ließ sich damit auch der von internationalen Leitlinien gestützten Empfehlung folgen, auf analog verwendete Begriffe wie „psychologische Triage“ und „psychologische Sichtung“ zu verzichten.

Schnittstelle Betreuungsdienst und PSNV

Die Schnittstelle zwischen Betreuungsdienst und PSNV wurde bereits zuvor beschrieben, und die enge Verzahnung der beiden Themenfelder ist nicht zuletzt in den Leitlinien zur Einbindung der PSNV in die Einsatzabschnittstrukturen deutlich geworden. Trotz Schnittmengen – vor allem im Bezug auf die Zielgruppe der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden – sind die per se unterschiedlichen Arbeitsaufträge und Tätigkeits- und Kompetenzprofile nicht aus den Augen zu verlieren.

Vor diesem Hintergrund ist die Benennung der Betreuungsdienste der Hilfsorganisationen als operative PSNV-Kräfte im Kontext der Beschreibung der PSNV-Maßnahmen und deren Anbieter, wie sie in der

Vorgängerpublikation erfolgt ist, zu korrigieren. Die Hilfsorganisationen weisen in ihrer Beschreibung der Aufgaben des Betreuungsdienstes darauf hin (vgl. Abschnitt „Zuständigkeiten, Schnittstellen und Vernetzung“, Kapitel II, S. 38/39), dass auch die Kräfte der Betreuungsdienste – wie alle Einsatzkräfte, die in die Abarbeitung einer komplexen Gefahren- und Schadenlage bzw. einer Katastrophe eingebunden sind – über psychosoziale Basiskompetenzen psychischer erster Hilfe durch ihre Ausbildung verfügen sollen. Psychosoziale Akuthilfe im eigentlichen Sinne oder Maßnahmen der mittel- und langfristigen PSNV liegen im Tätigkeits- und Kompetenzbereich der verschiedenen originären PSNV-Kräfte, die die dazu erforderlichen spezifischen Qualifikationen durchlaufen haben.

III. Kapitel

Nach dem Konsensus-Prozess 2007-2010:

Offene Fragen, Handlungsbedarf und Perspektiven

Der dreijährige Konsensus-Prozess hat umfassende Ergebnisse zur Qualitätssicherung in der PSNV hervor gebracht. Mit dem vorliegenden Leitlinienpaket konnten Grundlagen für das junge Arbeitsfeld geschaffen werden. Gleichwohl sind die Resultate nicht endgültig, sondern müssen unter perspektivischen Gesichtspunkten betrachtet werden. So gilt es einerseits die im Konsensus-Prozess nicht abschließend

behandelten Fragestellungen weiter zu bearbeiten sowie im Zuge der Arbeiten neu aufgeworfene Aspekte in den Blick zu nehmen. Andererseits bedürfen auch die bestehenden Leitlinien und Empfehlungen nach einiger Zeit einer kritischen Überprüfung im Hinblick auf zukünftige wissenschaftliche Forschungsergebnisse und fundierte Erkenntnisse aus der Praxis.

Aus- und Fortbildung: Entwicklung von Curricula

Die Ausführungen im Abschnitt Aus- und Fortbildung in Kapitel II (S. 44-51) machen deutlich, dass die Entwicklung von bundeseinheitlichen Aus- und Fortbildungsstandards für die verschiedenen PSNV-Akteure nur auf Basis umfassender und fundierter Vorarbeiten möglich ist. In diesem Sinne wurden im Konsensus-Prozess zunächst gemeinsame fachliche Grundlagen festgelegt und Tätigkeits- und Kompetenzprofile erarbeitet. Offen geblieben ist die abschließende Formulierung und Verabschiedung von curricularen Leitlinien.

Die Arbeiten an den gemeinsamen Standards zur Aus- und Fortbildung finden zwar nicht mehr im offiziellen Rahmen des Konsensus-Prozesses statt, sind aber ein unmittelbarer Auftrag, der durch alle beteiligten Partner formuliert wurde. Auf dieser Grundlage hat sich im Anschluss an die Abschlusskonferenz im November 2010 eine Arbeitsgruppe konstituiert, die sich aus Vertretern der Hilfsorganisationen (ASB,

DRK, JUH und MHD) sowie der evangelischen und katholischen Notfallseelsorge zusammensetzt. Ziel der Gruppe ist es, bis Ende des Jahres 2011 erste organisationsübergreifende curriculare Empfehlungen zu entwickeln und in den eigenen Strukturen umzusetzen.

Die zu erwartenden Ergebnisse der Arbeitsgruppe haben zwar – bedingt durch den kleineren Teilnehmerkreis – eine geringere Reichweite als die Resultate des Konsensus-Prozesses, können aber als wesentlicher Schritt zur Harmonisierung der in der Praxis bisher teilweise vorherrschenden uneinheitlichen Aus- und Fortbildungsstandards gewertet werden. Langfristig gilt es, auch mit den nicht in dieser Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen den begonnenen fachlichen Diskurs fortzusetzen, gemeinsame Leitlinien und Standards zu entwickeln und die Ergebnisse regelmäßig zu überprüfen.

Vernetzung auf Ebene der Bundesländer

Mit den Empfehlungen „aus den Ländern für die Länder“ (vgl. Kapitel II, S. 52-55 Abschnitt „PSNV auf Ebene der Bundesländer“) wurden erste strukturelle und inhaltliche Fragestellungen beantwortet, die bei der Implementierung der PSNV auf Länderebene eine wichtige Grundlage bieten. Erarbeitet und verabschiedet wurden die Leitlinien durch die Facharbeitsgruppe „Landeszentralstellen und Vernetzung“, die sich nach der ersten Konsensus-Konferenz 2008 konstituierte und auch über das Ende des Konsensus-Prozesses hinaus bestehen bleibt.

Die Facharbeitsgruppe besteht bisher aus den Fachbeauftragten PSNV der Länder Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Ihre Ziele sind:

- stetige fachliche Auseinandersetzung mit Fragestellungen zu Landeszentralstellen, Landesbeauftragten, Koordinationsbedarf auf Landesebene
- Erweiterung des Kreises um weitere Fachbeauftragte aus bisher noch nicht beteiligten Ländern
- Entwicklung von Fortbildungskonzepten für PSNV-Führungskräfte auf Landesebene auf der Grundlage der Ergebnisse der Konsensus-Konferenzen
- Entwicklung von Musterplänen für den Einsatz der PSNV bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen auf Landesebene, dabei insbesondere für den Aufbau und Betrieb einer anlassbezogenen Koordinierungsstelle, auf der Grundlage der Ergebnisse der Konsensus-Konferenzen (vgl. Kapitel II, S. 33/34)
- Gegenseitige Unterstützung im Einsatzfall
- Evaluation von komplexen Gefahren- und Schadenslagen anhand eines zu entwickelnden (vgl. Kapitel III, S. 63/64) systematischen Auswertungsleitfadens.

Schnittstelle polizeiliche und nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr

Im Rahmen des Konsensus-Prozesses lag der Schwerpunkt der fachlichen Erörterung auf Themen und Problemstellungen der PSNV in der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr, denn hierzu liegen im Unterschied zur PSNV in der polizeilichen Gefahrenabwehr zur Zeit umfassendere nationale und internationale wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Durch die aktive Beteiligung der Bundespolizei und des Bundeskriminalamtes am Konsensus-Prozess flossen jedoch Anliegen und Fachfragestellungen der PSNV in der polizeilichen Gefahrenabwehr bereits durchgängig ein. Alle Partner im Konsensus-Prozess waren sich darin einig, dass eine detaillierte Abstimmung und Gestaltung der Schnittstellen und Schnittmengen der PSNV in der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr folgen muss. Insbesondere für komplexe Lagen mit enger Kooperation zwischen Polizeien, Feuerwehren, Hilfsorganisationen und Ret-

tungsdiensten an den Gefahren- und Schadensstellen wie beim Massenanfall von Verletzten (MANV) oder bei Geisel-, Amok- und Terrorlagen ist die Art und Weise der Zusammenarbeit im Bereich PSNV vorab eindeutig zu klären und in Übungen zu trainieren. Einen besonderen Stellenwert hat dabei die Erörterung und fachliche Abstimmung des Umgangs mit Menschen in einer Extremsituation. Hierbei müssen die unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge von Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe einerseits und Polizeien andererseits besondere Beachtung erfahren. Die Aufgaben, Gesundheitsschutz und eine angemessene psychosoziale Versorgung für Betroffene und den Schutz der Bevölkerung sicherzustellen und die Aufgabe, den Schutz der öffentlichen Sicherheit zu gewährleisten, sind fachlich und strukturell auch im Bereich PSNV in Einklang zu bringen.

Rechtliche Grundlagen und Fragestellungen

Im Verlaufe des Konsensus-Prozesses wurden viele und sehr unterschiedliche rechtliche Fragestellungen aufgeworfen. Insbesondere bei den Diskussionen um die Abstimmung und Gestaltung von Zuständigkeiten, Schnittstellen und Schnittmengen in der PSNV in Deutschland stellten sich die Fragen nach der Fachaufsicht und der fachlichen Leitung der PSNV. Damit verknüpft waren immer auch Fragen nach Unterstellungsverhältnissen am Einsatzort und danach, wer mit welcher Qualifikation und mit welchen Weisungsbefugnissen in der Akutphase für die PSNV verantwortlich ist. Diese Fragen ließen sich – so die verbreitete Auffassung im Konsensus-Gremium – juristisch klären. Ein Ergebnis der Konsensus-Konferenz 2008 war, ein juristisches Gutachten in Auftrag zu geben. Auftraggeber sollte das BBK sein, das die Erkenntnisse des Juristen dem übergeordneten Fachgremium zur Verfügung stellt.

Das BBK stellte Anfang 2009 einen Katalog mit den gesammelten rechtlichen Fragestellungen zusammen und stimmte diesen mit dem Konsensus-Gremium ab. Dabei kristallisierten sich folgende sechs Kernfragen heraus:

1. Gibt es einen Approbationsvorbehalt für die psychosoziale Akuthilfe und die Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft für Einsatzkräfte? D.h. ist die psychosoziale Akuthilfe und die Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) oder des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)?
2. Wer ist für die Durchführung der psychosozialen Akuthilfe und der Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft zuständig?
3. Auf welcher rechtlichen Grundlage werden Akteure der psychosozialen Akuthilfe und psychosoziale Fachkräfte tätig?
4. Ist eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe und die Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft erforderlich?

5. Gibt es konkrete formelle Anforderungen an das Qualifikationsprofil einer PSNV-Führungskraft?
6. Wie sind Unterstellungsverhältnisse zwischen Heilkundeberechtigten und dem Personenkreis, der nicht heilkundeberechtigt ist, geregelt?

Um die erste Frage mit Ja oder Nein beantworten zu können, muss ein klar konturiertes Tätigkeitsprofil zur psychosozialen Akuthilfe und zur Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft verfügbar sein. Da diese Tätigkeitsprofile zum Zeitpunkt der Vergabe des juristischen Gutachtens im Konsensus-Gremium noch nicht abschließend abgestimmt waren, vor allem aber, weil die Auffassung, dass es für die psychosoziale Akuthilfe und die Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft kein Approbationsvorbehalt gibt, dominierende Position im Konsensus-Gremium war, wurde dem juristischen Gutachter diese Auffassung als Prämisse vorgegeben. Der Jurist ging also von der Voraussetzung aus, dass die psychosoziale Akuthilfe und die Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft keine Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) oder des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sind. Dabei bearbeitete er aufgrund der Komplexität der Fragestellungen die Fragen 2, 3 und 4 zur Zuständigkeit, Rechtsgrundlage und Fachaufsicht allein am Beispiel der psychosozialen Akuthilfe. Die entsprechende juristische Prüfung der Tätigkeit der psychosozialen Fachkraft soll in einem späteren Gutachten erfolgen. Die Fragen 5 und 6 nach formellen Anforderungen an das Qualifikationsprofil einer PSNV-Führungskraft und danach, wie Unterstellungsverhältnisse zwischen Heilkundeberechtigten und dem Personenkreis, der nicht heilkundeberechtigt ist, geregelt sind, wurden im vorliegenden Gutachten bearbeitet (vgl. Zusammenfassung des Gutachtens Kapitel V, S. 96-101).

Parallel zum juristischen Gutachten erfolgte durch das BBK eine Recherche nach verbindlichen (rechtlichen) Regelungen zur PSNV in den Ländern. Zeitgleich führte das Innenministerium Mecklenburg-Vorpommern eine Länderabfrage zur PSNV durch, die auch die Frage nach rechtlichen Regelungen auf Landesebene enthielt. Die Abfrageergebnisse (Stand: 02/10) wurden dem BBK im Rahmen des Konsensus-Prozesses zur Verfügung gestellt.

Als Gesamtrechercheergebnis ergab sich:

- In einigen Ländern sind Vereinbarungen zur PSNV getroffen worden, zum Beispiel eine Vereinbarung des Landes Baden-Württemberg mit den vier Landeskirchen (Ev. Landeskirche Baden, Ev. Landeskirche Württemberg, Diözese Rottenburg-Stuttgart und Erzdiözese Freiburg) über die Zusammenarbeit in der Notfallseelsorge (2006), eine ressortübergreifende Rahmenvereinbarung mit Selbstverpflichtung der Ressorts in Berlin (2009) sowie eine Rahmenvorschrift des Katastrophenschutzes zur Ausbildung von Fachberatern psychosoziale Unterstützung in Sachsen-Anhalt.
- Verbindliche Regelungen zur Einrichtung und Umsetzung von Landeszentralstellen bzw. zentralen Ansprechstellen für PSNV auf Landesebene bestehen in Rheinland-Pfalz (1998), Bayern (2008) und Schleswig-Holstein (2009).
- In einigen Ländern sind Teilaspekte der PSNV bereits Bestandteil der Katastrophenschutzgesetzgebung. So wird beispielsweise in § 23 des

Landesgesetzes über den Brandschutz, die allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (LBKG) Rheinland-Pfalz unter „Besondere Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe“ ausgeführt: „In ihrem Beruf tätige Ärzte, [...] Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, [...] sind im Rahmen der allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes verpflichtet, sich hierzu für die besonderen Anforderungen fortzubilden sowie an angeordneten oder genehmigten Einsätzen, Übungen, Lehrgängen oder sonstigen Ausbildungsveranstaltungen teilzunehmen...“. Vergleichbare Formulierungen finden sich in § 56 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) und in § 37 des Thüringer Gesetzes über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (ThürBKG).

- In § 18 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) ist unter „Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes“ formuliert: „Psychosoziale Unterstützung ist Fachdienst des Katastrophenschutzes. Ein spezielles Anerkennungsverfahren für die Mitwirkung im Katastrophenschutz ist gesetzlich vorgeschrieben.“
- Die Einsatzorganisationen stützen sich bei der Implementierung der PSNV für Einsatzkräfte auf Regelungen zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers/Dienstherren und auf die Arbeits- und Gesundheitsschutzgesetzgebung.

Symposium Qualitätssicherung

Um sich über die weitere Bearbeitung der im Konsensus-Prozess nicht abschließend behandelten Fragestellungen durch die beteiligten Partner auszutauschen, lädt das BBK das Konsensus-Gremium einmal jährlich zu einem Symposium „PSNV-Qualitätssicherung“ ein. Hier besteht die Gelegenheit, (Zwischen-) Ergebnisse der aus dem Konsensus-Prozess resultierenden Arbeitsschritte und Aktivitäten vorzustellen und im Zuge der Arbeiten neu aufgeworfene Aspekte zu diskutieren.

Zur Qualitätssicherung zählt ebenso die Formulierung von Forschungsfragestellungen, die sich aus den Ergebnissen des Konsensus-Prozesses ableiten sowie die Vergabe von Forschungsprojekten im Rahmen des BBK-Forschungsprogramms „Psychosoziale Betreuung von Betroffenen und Einsatzkräften“ in Abstimmung mit der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern. Die regelmäßigen Symposien zur Qualitätssicherung bieten die Gelegenheit den Forschungsbedarf zu konkretisieren und Ergebnisse vorzustellen.

Evaluation von PSNV-Einsätzen

PSNV-Einsätze, die in den letzten Jahren im Rahmen von komplexen Gefahren- und Schadenslagen in Deutschland stattgefunden haben, wurden in der Regel von den beteiligten Organisationen und Personen ausgewertet oder beschrieben. Vorrangiges Ziel hierbei war es, die geleistete Arbeit vorzustellen und die eigenen Erkenntnisse einer breiten Öffentlichkeit verfügbar zu machen. Gleichzeitig wurden erste Überprüfungen der Arbeit vorgenommen, um Vorteile der eigenen Vorgehensweisen zu benennen und mögliche Verbesserungspotentiale aufzudecken. Auf der Suche nach dem sog. „Best Practice“ konnten dadurch viele Erfahrungswerte gewonnen werden, die für die Weiterentwicklung von PSNV-Konzepten, -Maßnahmen und -Strukturen zweifellos hilfreich waren. Allerdings sind die einzelnen Auswertungen teilweise recht unterschiedlich und nicht immer miteinander vergleichbar. Je nach Organisation, Einsatz und beteiligten Personen wurden die zugrunde gelegten Kriterien individuell gestaltet. Das hat zur Folge, dass PSNV-Einsätze in bisherigen Auswertungen aus sehr unterschiedlichen Blickrichtungen betrachtet wurden. Teilweise stehen die Maßnahmen der psychosozialen Akuthilfe für Betroffene im Vordergrund. Manchmal liegt der Fokus auf der mittel- und langfristigen Versorgung für Einsatzkräfte. Mitunter werden vor allem die PSNV-Strukturen am Einsatzort dargestellt usw.

Mit dieser Heterogenität geht zwar ein breites Spektrum einzelner Themenfelder einher, aber gleichzeitig sind die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sowie die Übertragbarkeit auf andere (zukünftige) Einsatzsituationen schwierig. Zudem ist je nach Umfang der Auswertungen die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse begrenzt, da den teilweise eingesetzten subjektiven Erhebungsmethoden (bspw. Erfahrungsberichte) eine systematische Grundlage fehlt.

Vor diesem Hintergrund wurde im Konsensus-Prozess festgestellt, dass für die Auswertung von PSNV-Einsätzen in komplexen Gefahren- und Schadenslagen vor allem *einheitliche* Grundlagen notwendig sind, um vergleichbare, übertragbare und transparente Ergebnisse zu erhalten, die dann als Basis für die fachlich fundierte Weiterentwicklung der PSNV dienen können. Dafür bedarf es der Erarbeitung eines Kriterienkatalogs, der wesentliche Aspekte von PSNV-Einsätzen abbildet und überprüfbar macht. Bereits auf der ersten Konsensus-Konferenz 2008 wurde deshalb formuliert, dass alle PSNV-Einsätze dokumentiert und bei komplexen Gefahren- und Schadenslagen wissenschaftlich evaluiert werden müssen (BBK 2009: 23).

Das BBK übernahm die Aufgabe, wissenschaftliche Evaluationskriterien zu entwickeln und zu formulieren. Aufgehen soll solch ein Katalog mit Evaluationskriterien in einem Praxisleitfaden, der Hinweise zur Durchführung von Evaluationen bzw. systematischen Auswertungen gibt und der über Organisationsgrenzen hinweg Verwendung finden kann. Beides soll den Ländern, Kommunen und Organisationen der Gefahrenabwehr zur Verfügung gestellt werden. Sie können damit nach Großschadenslagen systematische und vergleichbare Resultate für die Fortentwicklung der PSNV in den eigenen Zuständigkeitsbereichen gewinnen. Auch können damit – wenn gewünscht – die Ergebnisse über die Landes- und Organisationsgrenzen hinweg verglichen werden. Dadurch lassen sich langfristig Erkenntnisse, die die Qualität der PSNV in Deutschland sichern und verbessern können, gewinnen.

Zur Umsetzung der Aufgabe initiierte das BBK ein Projekt (2011-2013), dessen (Zwischen-)Ergebnisse den Konsensus-Partnern zur Diskussion vorgestellt werden. Am Anfang steht eine Pilotstudie, anhand derer Bewertungskriterien und methodische Datenerhebungs- und Datenauswertungsmethoden ausgearbeitet und überprüft werden können. Das BBK erhielt die Möglichkeit, hierfür den PSNV-Einsatz nach dem School Shooting in Winnenden/Wendlingen 2009 auszuwerten. Dieser Einsatz ist aufgrund seiner hohen Komplexität und Vielschichtigkeit der PSNV-Strukturen und -Maßnahmen dazu in besonderem Maße geeignet. Eine große Anzahl an Betroffenen – Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene und Zeugen, aber auch Einsatzkräfte – wurde und wird auch

weiterhin durch psychosoziale Betreuungsangebote unterstützt. Das bedeutet, dass die Beteiligung vieler verschiedener Organisationen und Institutionen notwendig war und ist, um den hohen PSNV-Bedarf zu decken, der sich von der psychosozialen Akuthilfe über die mittel- bis langfristige psychosoziale Nachsorge erstreckt. Die Betrachtung und Evaluation dieser komplexen Struktur, verspricht Erkenntnisse hervorzubringen, die zur Verbesserung der lokalen und überregionalen organisationsübergreifenden Zusammenarbeit im Einsatz und zur systematischen Vernetzung in der psychosozialen Versorgungsstruktur beitragen können. In Fokus der Auswertung werden z. B. Alarmierung, Absprachen zwischen den Organisationen u.v.m. in der Akutphase stehen sowie die Schnittstellen zwischen polizeilicher und nicht-polizeilicher Gefahrenabwehr sowie Schnittstellen zur mittel- und langfristigen Betreuung.

Die Durchführung einer Evaluationsstudie zum PSNV-Einsatz nach dem School Shooting in Winnenden/Wendlingen 2009 entspricht den Empfehlungen des Expertenkreises Amok, den die Landesregierung Baden-Württemberg im März 2009 eingerichtet hat. Das Gremium spricht sich in seinem Abschlussbericht für die „wissenschaftliche Auswertung der Betreuungsmaßnahmen in der Einsatzphase des 11. März 2009“ aus und benennt als Ziel die Erarbeitung eines „behörden- und organisationsübergreifenden „Rahmenkonzepts Betreuung“ auf Landesebene“ (Expertenkreis Amok Baden-Württemberg 2009). Im Rahmen des geplanten Pilotprojekts kann den Empfehlungen des Expertenkreises entsprochen werden.

IV. Kapitel

Beteiligte Partner:

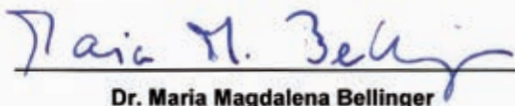
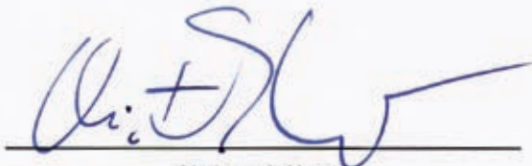
Unterzeichnende und Mitwirkende im Konsensus-Prozess

2007-2010

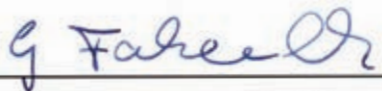
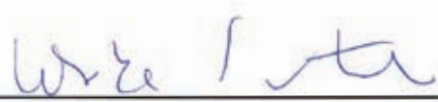
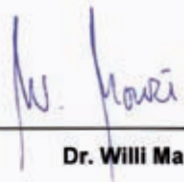
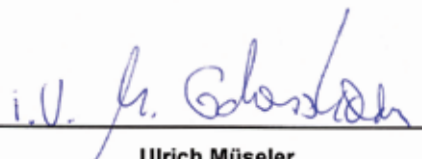
Liste der beteiligten Partner

An der Entwicklung und Abstimmung der Leitlinien und Standards zur PSNV waren eine Vielzahl verschiedener Organisationen und Institutionen, Hochschulen sowie einzelne Bundesländer beteiligt. Im Folgenden sind zunächst die Personen aufgeführt, die als Mandatsträger auf der abschließenden Kon-

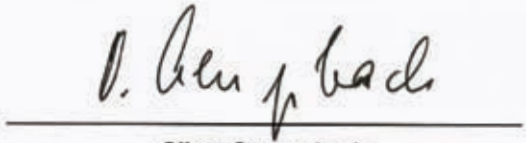
sensus-Konferenz 2010 den gemeinsamen Konsens für ihre entsendende Organisation unterzeichnet haben. Zudem sind weitere Mitwirkende benannt, die im Rahmen des Konsensus-Prozesses 2007-2010 beratend tätig geworden sind. Insgesamt beteiligten sich 120 Personen aus 45 Organisationen.

Zustimmende Arbeitsgemeinschaften, Behörden, Berufsverbände, Fachgesellschaften, Kammern, Kirchen, Organisationen, Vereine	
Institution/Organisation	Mandat
Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. (ASB)	 Harald Schottner
Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF-Bund)	 Christoph Altheim
Auswärtiges Amt (AA)	 Dr. Maria Magdalena Bellinger
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	 Fredi Lang
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)	 Christoph Unger

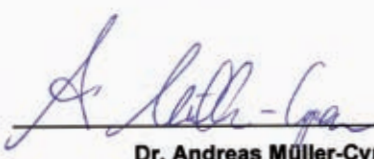
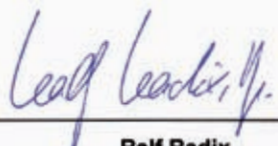
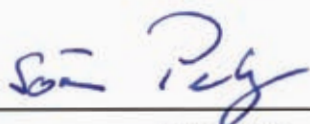
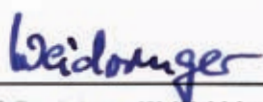
**Zustimmende Arbeitsgemeinschaften, Behörden, Berufsverbände,
Fachgesellschaften, Kammern, Kirchen, Organisationen, Vereine**

Institution/Organisation	Mandat
Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW)	 Katrin Klüber
Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung Einsatzkräfte (BAG PSUE)	 Dr. Gerhard Fahnenbruck
Bundesärztekammer (BÄK)	 Ulrike Pantzer
Bundeskriminalamt (BKA)	 Katja Brendler
Bundesministerium des Innern (BMI)	 Dr. Willi Marzi
Bundesministerium der Verteidigung (BMVg)	 Dr. Angelika Niggemeier-Groben
Bundespolizei (BPol)	 Ulrich Müsseler vertreten durch Michael Eckerskorn

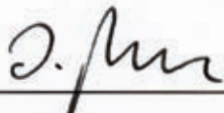
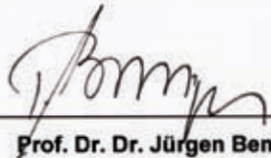
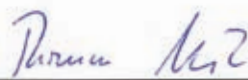
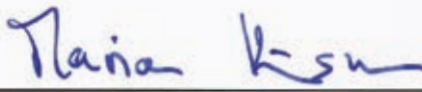
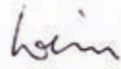
**Zustimmende Arbeitsgemeinschaften, Behörden, Berufsverbände,
Fachgesellschaften, Kammern, Kirchen, Organisationen, Vereine**

Institution/Organisation	Mandat
Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)	 Dr. Hans-Joachim Kirschenbauer
Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V. (SbE)	 Oliver Gengenbach
Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM)	 Prof. Dr. Dr. Bernd Domres
Deutsche Gesellschaft für Post-Traumatische-Stress-Bewältigung e. V. (DG PTSB)	 Bernd Willkomm
Deutscher Feuerwehrverband e.V. (DFV)	 Erneli Martens
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	 Michael Steil
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)	 Peter Liebermann

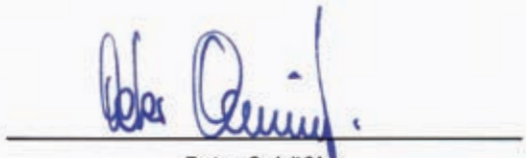
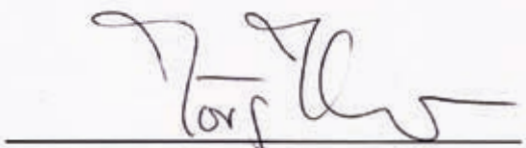
**Zustimmende Arbeitsgemeinschaften, Behörden, Berufsverbände,
Fachgesellschaften, Kammern, Kirchen, Organisationen, Vereine**

Institution/Organisation	Mandat
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH)	 Leander Strate
Konferenz der Diözesanbeauftragten für die katholische Notfallseelsorge	 Dr. Andreas Müller-Cyran
Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in der Evangelischen Kirche Deutschland	 Ralf Radix
Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD)	 Sören Petry
Schutzkommission beim Bundesminister des Innern	 Prof. Dr. Johann W. Weidinger

Zustimmende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Universität/Hochschule/ Schutzkommission	Name
Universität Freiburg	 Katharina Becker
Hochschule Magdeburg-Stendal	 Prof. Dr. Irmtraud Beerlage
Universität Freiburg	 Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Hochschule Magdeburg-Stendal	 Dr. Thomas Hering
Universität München	 Dr. Marion Krüsmann
Schutzkommission beim Bundesminister des Innern	 Dr. Wolfgang Weiss

Zustimmende Fachbeauftragte der Innenministerien/Senate der Länder

Bundesland	Name
Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz	 Peter Schüßler
Innenministerium des Landes Schleswig Holstein	 Heiner H. Backer
Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport	 Dr. Uwe Lühmann
Berlin, Fachberater-Pool PSU	 Jörg Kluge
Bayerisches Staatsministerium des Innern	 Florian Christner
Behörde für Inneres und Sport Hamburg	 Ulrike Warlimont

Weitere Mitwirkende im Konsensus-Prozess 2007-2010

Organisation/Institution	Name
Arbeiter-Samariter-Bund e.V. (ASB)	Albert, Petra Gelbke, Daniel Zehentner, Peter
Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF-Bund)	Aschenbrenner, Dirk
Auswärtiges Amt (AA)	Dr. Platiel, Peter Weimbs, Regina
Behörde für Inneres und Sport Hamburg	Büttner, Jörg Dr. Dirksen-Fischer, Martin Holst, Peter
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	Langer, Clivia Weber, Wolfgang
Bundesamt für Bevölkerungsschutz der Schweiz (BAB)	Rebetez, Daniel
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)	Blank-Gorki, Verena Eiselt, Claudia Fritsche, Annika Fröschke, Kerstin Harks, Volker Dr. Helmerichs, Jutta Dr. Kowalzik, Barbara Dr. Krieg, Christa-Maria Kromm, Malte Lips, Andrea Dr. Michael, Karsten Miller, Detlef Overhagen, Mark Schedlich, Claudia Teichröb, Johann Tiesler, Ralph Wadle, Johannes
Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW)	Drerup, Monika Schulz, Desiree

Weitere Mitwirkende im Konsensus-Prozess 2007-2010

Organisation/Institution	Name
Bundesministerium der Verteidigung (BMVg)	Dr. Biesold, Karl-Heinz Dr. Eickstädt, Ulrich Hanssen, Niels Uhlmann, Ludwig Dr. von Rosenstiel, Niels
Bundespolizei (BPol)	Dr. Bachhausen, Dolores Eckerskorn, Michael Dr. Fischer, Frank-Roger
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Dr. Klein-Heßling, Johannes Konitzer, Monika Dr. Kowalski, Jens PD Dr. Kröger, Christoph Wilk, Werner W.
Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e. V. (SbE)	Dr. Lehmkuhl, Uwe
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGU)	Prof. Dr. Manz, Rolf
Deutscher Feuerwehrverband (DFV)	Waterstraat, Frank
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	Bergmann, Sandra Butz, Heiner Dr. Demmer, Karl Dr. Haas, Christiane
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)	Fehres, Dagmar Dr. Hofmann, Arne Prof. Dr. Rosner, Rita
Freie Universität Berlin	Prof. Dr. Kleiber, Dieter
Hochschule Magdeburg-Stendal	Arndt, Dagmar Springer, Silke
Innenministerium des Landes Schleswig Holstein	Gusek, Kai Willert, Hans-Christian

Weitere Mitwirkende im Konsensus-Prozess 2007-2010

Organisation/Institution	Name
Innenministerium Mecklenburg-Vorpommern	Norek, Doris Möbius, Kati Syllwasschy, Rolf
Innenministerium Freistaat Thüringen	Marx, Jürgen
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH)	Dr. Lindenstromberg, Christoph Müller-Lange, Joachim Wolf, Frank
Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in der Evangelischen Kirche Deutschland	Baier, Stefan Berghaus, Sebastian Fiedler, Justus Heinecke, Jochen Hirschmann, Frank Sachse, Peter Schwarz, Heinrich Thoma, Michael Wietersheim, Hanjo v.
Magistratsdirektion der Stadt Wien (Österreich)	Christoph, Rudolf Halpern, Daniela
Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD)	Fleischmann, Reiner Lätsch, Stefan
Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt	Dr. Ladewig, Peter
Schutzkommission beim Bundesminister des Innern	Prof. Dr. Clausen, Lars (†)
Senatsverwaltung für Inneres Berlin	Gerlach, Christine Reinhart, Margret
Steinbeis-Hochschule Berlin	Prof Dr. Karutz, Harald

Konferenzbeiträge und Stellungnahmen beteiligter Partner

Für die abschließende Konsensus-Konferenz 2010 waren die beteiligten Organisationen und Institutionen dazu aufgefordert, einen kurzen Beitrag zum Thema „Zukunftsperspektiven in der PSNV“ zu formulieren und vorzutragen. Mögliche Leitfragen hierzu waren: „Wohin geht der Weg in der eigenen Organisation im Bezug auf die PSNV?“, „Was hat der Konsensus-Prozess für die eigenen Strukturen gebracht?“ und „Wo steht die PSNV in 15 Jahren?“. Einige der Partner

nahmen die Gelegenheit wahr und beteiligten sich mit einem Statement an der Konferenzgestaltung.

Weiterhin bestand die Möglichkeit, zu den Endergebnissen des Konsensus-Prozesses inhaltlich Stellung zu nehmen, um aus organisationseigener Sicht wesentliche Punkte hervorzuheben, auf ungeklärte Fragen aufmerksam zu machen oder Ablehnung zu formulieren und zu begründen.

Konferenzbeiträge beteiligter Partnern



Konferenzbeitrag des Arbeiter-Samariter-Bundes e.V.

Sprecher: Peter Zehentner

Der Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. bedankt sich beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) und den mit dem Konsensusprozess betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Anstoß und die Durchführung des Konsensusprozesses.

Unser Dank gilt insbesondere Frau Dr. Helmerichs und ihrem gesamten Team für das große Engagement und Herrn Tiesler für die wohlwollende Begleitung.

Eine besondere Rolle im Team von Frau Dr. Helmerichs spielte aus unserer Sicht Frau Blank-Gorki, die unermüdlich Kontakt mit uns hielt, strukturierte, organisierte, kommunizierte, protokollierte...

Nach der langen Zeit und sehr viel Arbeit die bewältigt wurde, fällt mir zu Frau Blank-Gorki ein Satz von Albert Einstein ein:

„Nichts kann existieren ohne Ordnung. Nichts kann entstehen ohne Chaos!“

Nun stehen wir hier am Ende eines Prozesses der aus unserer Sicht bereits Ende der 90er Jahre mit der Einladung zu einem Forschungsbegleitenden Arbeitskreis durch Frau Dr. Helmerichs begann.

Bei uns im ASB ist seither in diesem Bereich viel geschehen: Waren wir 1994 mit dem KIT-München alleine, so sind mittlerweile viele Kolleginnen und Kollegen, Einrichtungen und Initiativen hinzuge-

kommen, haben sich das Wissen und damit die Grundlagen unserer Arbeit in der PSNV auch Dank der Initiative und Förderung des BBK weiterentwickelt.

Aber was ist nun? Was wird in den nächsten Jahren geschehen?

Die Entwicklung die hinter uns liegt betrachtend, kann aus unserer Sicht die Antwort auf die Frage nach Zukunft in der PSNV nur eine stetige, vernetzte, bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Arbeit sein, da das Wissen von heute schon morgen von gestern ist.

Um dies in einem ehrenamtlich geprägten Umfeld in einem föderalen System leisten zu können, geht es aus unserer Sicht um ein gutes Miteinander der in diesem Bereich Tätigen in einem verlässlichen Rahmen.

Vor kurzem ging der ASB Deutschland e.V. eine Kooperation mit der Vereinigung SbE e.V. ein, um die Versorgung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASB nach außergewöhnlichen Ereignissen weiter zu verbessern. Uns geht es hierbei um ein Miteinander zum Nutzen aller Beteiligten.

Auch angestoßen durch den Konsensusprozess gibt es Gespräche, Austausch und Kooperation

zwischen allen Angebotsträgern über die Grenzen der Organisationen und Einrichtungen hinaus.

Es geht uns hierbei nicht um Gleichförmigkeit, Uniformität oder unbedingte Einheitlichkeit. Es geht um eine gemeinsame Basis im Arbeitsfeld der PSNV, um verbindliche Absprachen und einheitliche Grenzen.

Denn das Ziel unserer Arbeit ist das gleiche, auch wenn es unmodern klingen mag: „Wir wollen helfen, hier und jetzt!“

Das BBK hat mit dem Forschungsbegleitenden Arbeitskreis und dem Konsensusprozess eine Plattform geschaffen, auf der dieser Austausch in hoher Qualität möglich war.

Nun ist es an uns dies weiterzuführen. Die ersten Schritte dazu sind bereits gemacht.

Im Abschied dieses Prozesses, am Ende des Tages:

*“So ist das Wesentliche einer Kerze nicht das Wachs, das seine Spuren hinterlässt, sondern das Licht.“
(Antoine de Saint-Exupéry).*



Konferenzbeitrag des Auswärtigen Amtes

Sprecherin: Dr. Maria M. Bellinger

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrter Herr Dr. Marzi, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Weidinger, liebe Frau Dr. Helmerichs, meine sehr geehrten Damen und Herren,

als ich vor etwas mehr als zwei Jahren die Leitung der Psychosozialen Beratungsstelle im Auswärtigen Amt übernahm, zu deren Aufgaben u. a. - in enger Zusammenarbeit mit dem Lagezentrum - auch die PSNV deutscher Staatsbürger bei Unglücksfällen und Großschadenslagen im Ausland gehört, war eine meiner ersten „Amtshandlungen“ die Teilnahme an der Konsensuskonferenz 2008. In meiner Erinnerung nahm in dieser Veranstaltung die Diskussion von Begrifflichkeiten (PSU - PSNV - Krisenberater...) einen breiten Raum ein und wenn Sie mich nach der Veranstaltung gefragt hätten, welchen Zeitraum ich zur Verabschiedung des heutigen Abschlusspapiers veranschlagen würde, hätte ich mit vorsichtiger Skepsis 10 Jahre genannt...

Dass es nicht nur viel schneller ging, sondern auch zu einem fundierten, qualitativ hochwertigen und eben auch konsensfähigen Abschluss kam, ist in besonderem Maße der Verdienst der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Referats „PSNV“ im BBK und hier besonders Frau Dr. Helmerichs; Ihnen allen an dieser Stelle ein ausdrückliches Dankeschön. Sie haben es verstanden eine schier uferlose Diskussion zu begrenzen, eine gewaltige Themenfülle zu verdichten und von individuellen Bedürfnissen und Einzelinteressen geleitete Akteure und Institutionen im Konsensusprozess zu vereinen - dafür meine Hochachtung!

Was wird daraus im Jahr 2025 werden? Vier kurze Visionen dazu:

1. Dank der von Ihnen frühzeitig initiierten Begleitforschung, die sicherstellt, dass Evaluationsergebnisse unmittelbar in den weiteren Entwicklungsprozess einfließen, ist die PSNV im Jahr 2025 als „Leuchtturmprojekt“ beispielgebend für die Entwicklung von Qualitätsstandards in anderen Bereichen.
2. Die Europaweit geltenden EU-Qualitätsstandards und Leitlinien PSNV sind im Jahr 2025 verabschiedet, sie haben sich in weiten Bereichen an den deutschen Vorarbeiten orientiert.
3. Die „Gretchenfrage“ wo und wann innerhalb der PSNV heilkundliche Tätigkeit beginnt und endet ist verbindlich, rechtssicher und in der Problemlage angemessen geklärt. und zuletzt:
4. Wenn das Auswärtige Amt im Jahr 2025 Kriseninterventionsteams für Auslandseinsätze benötigt, kann es bundesweit auf einen breiten Pool qualifizierter Fachkräfte zurückgreifen, da die Träger der PSNV eine Qualitätssicherung auf hohem Niveau garantiert.

Vielen Dank.

Deutscher Feuerwehrverband

Sprecherin: Erneli Martens

Sehr geehrte Damen und Herren!

Not lehrt den Menschen -
nun: beten; sagen die Theologen, die Alten, sogar
die Atheisten ...

In der Not bezieht sich der Mensch auf das Wesentliche, das Eigentliche in seinem Leben. Angesichts des Todes ist plötzlich klar, wen er liebt, wer ihn liebt, was wirklich bedeutsam für ihn ist.

Not macht erfinderisch –
das gilt auch für den Konsensus Prozess:
Psychische Erste Hilfe, Akuthilfe, Notfallseelsorge und Krisenintervention... 112 Begriffe sind in der PSNV Synopse aufgeführt! Wie neu dieses Arbeitsfeld der PSNV ist, hat auf seine Weise auch das juristische Gutachten eindrücklich gezeigt.

Not macht erfinderisch –
Sie lehrt:
Beobachtungen präzise zu beschreiben, dafür die Worte zu finden, dann Fachbegriffe zu bilden, schließlich standardisierte Abläufe zu definieren. Prozesse der Hilfe sind zu optimieren und Qualität der PSNV zu beschreiben, um Mindeststandards zu setzen.

Not ruft "Sekundärgewinne" hervor
Der Konsensus-Prozess wurde durch Dich, Jutta, mit Deinem Team, innerhalb des BBK moderiert. Weit über die Grenzen der eigenen Profession und Organisation hinaus wurde das gegenseitige Kennenlernen und Entdecken gefordert und gefördert.

In diesem Prozess entwickelte sich eine gemeinsame Sprache, klärten sich Differenzen. Unterschiedliche Positionen konnten wahrgenommen und verstanden werden.

Mich erfreut, wer alles unterschreiben konnte. Dieser Konsens ist für den DFV wichtig. Dennoch: Nicht alle Differenzen wurden aufgelöst.

Dem gemeinsamen Bemühen waren Grenzen gesetzt. So weisen aber gerade die Grenzen auf den Wert des Erreichten.

Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht, sagt ein chinesisches Sprichwort. Ihr habt den Konsensus Prozess nicht gezogen. Ihr habt ihn wachsen lassen.

Mich hat beeindruckt, wie Du, Jutta, wie Euer Team gemeinsam diesen Prozess moderiert hat: Eure Energie, Euer Zutrauen in die Begegnungen, Eure Besonnenheit und wertschätzende Haltung gegenüber allen haben das Ergebnis möglich gemacht!

Für die Feuerwehr, heute für den DFV, darf ich an dieser Stelle ein herzliches Danke sagen.

Mit der Stiftung „Hilfe für Helfer“ hat der DFV sehr früh auf die Belastungen der Einsatzkräfte aufmerksam gemacht und die Einsatznachsorge als Aufgabe in das Bewusstsein der Feuerwehr und der Gesellschaft getragen.

Die Arbeit in der PSNV wird in der Feuerwehr weitergehen. Die Empfehlungen werden aufmerksam wahrgenommen und in die Fläche getragen wer-

den. Die fachliche Auseinandersetzung wird weiter geführt werden.

Hinter all dem, was hier erarbeitet und erwirkt wurde, steht letztlich der Wille, für Menschen in ihrer Not da zu sein: mit Herz und Verstand, mit den eigenen Händen und der ganzen Person.

Ich möchte mich auf meinen Vorgänger Frank Wa-

terstraat beziehen: Er nannte die alte Geschichte vom Barmherzigen Samariter die kürzeste und älteste Dienstvorschrift aller Hilfsorganisationen: Wer ist der Nächste dem, der unter die Räuber fiel? Der die Barmherzigkeit an ihm tat!

Mit dieser Wertschätzung für alle, die in der Not für andere da sind, möchte ich schließen. Ihnen allen soll unser Bemühen hier zu Gute kommen!



Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Sprecher: Michael Steil

Sehr geehrte Partner der Konsensuskonferenz, sehr geehrter Herr Präsident Unger, sehr geehrte Frau Dr. Helmerichs, sehr geehrte Frau Blank-Gorki, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter des BBK,

ein langer und nicht einfacher Weg liegt nun hinter uns: es war ein intensives, teilweise auch zähes und verbissenes Ringen um gemeinsame Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland. Dabei verband und verbindet uns ein gemeinsames Interesse: die bestmögliche flächendeckende psychosoziale Notfallversorgung für die Überlebenden, Angehörigen, Zeugen und/oder Vermissenden von Unglücks- und Notfällen auf der einen Seite und für die Einsatzkräfte der Rettungsdienste, Sanitätsdienste, der Feuerwehr, Polizei, des THW und weiterer auf der anderen Seite. Wir wollen für diese Menschen da sein – menschlich, professionell und ihrem Bedürfnis entsprechend.

Die erzielten Ergebnisse im Rahmen des Konsensus-Prozesses sind hierfür ein wesentlicher Beitrag und erster wichtiger Schritt auf einem Weg, der noch nicht zu Ende ist. Wir danken allen Partnern des Konsensus-Prozesses, die mit uns gemeinsam die Menschen im Blick hatten, die von unserer Hilfe und Unterstützung profitieren und die mit uns konstruktiv und wertschätzend diskutiert haben, sehr herzlich. Ebenso danken wir dem BBK-Team von Frau Dr. Jutta Helmerichs für die nicht immer einfache Moderation des Prozesses, für die gewissenhaften Dokumentationen der Ergebnisse und die gelungene Verfassung des Abschlusspapiers.

Im DRK hat der Konsensus-Prozess geholfen, das Thema Psychosoziale Notfallversorgung im Verband präsent zu halten und auf Basis der Ergebnisse des Konsensus-Prozesses die Qualität unserer Arbeit in diesem Bereich weiterzuentwickeln. Es wurde deutlich, an wie vielen Schnittstellen innerhalb unseres Verbandes dieses Thema eine Bedeutung hat: Rettungsdienst, Betreuungsdienst, Sanitätsdienst, Suchdienst, Auslandshilfe, Soziale Arbeit...

Wir begrüßen mit Blick auf die Einsatzkräfte die Betonung der Fürsorgepflicht der jeweiligen Organisation und erkennen hierin den klaren Auftrag, für unsere Einsatzkräfte Sorge zu tragen. Wir sind dankbar um die Erkenntnis, dass dabei neben der Einsatznachsorge v. a. die Aspekte der Einsatzprävention und –begleitung an Bedeutung gewonnen haben und für uns deutlich wurde, dass wir bereits auf dem richtigen Weg sind.

Zugleich freuen wir uns sehr darüber, dass wir über den Konsensus-Prozess mit den PSNV-Akteuren, die den Einsatzalltag gestalten (also den anderen Hilfsorganisationen und der kirchlichen Notfallseelsorge) viele Gemeinsamkeiten im Verständnis, in der Grundhaltung und in der Arbeitsweise von Psychosozialer Notfallversorgung entdecken durften.

Daher ist uns sehr daran gelegen, mit diesen Partnern den Weg der gemeinsamen Verständigung gerade in den Fragen, die der Konsensus-Prozess offen gelassen hat (wie beispielsweise Fragen der „Aus- und Fortbildung“), weiterzugehen und sich auf gemeinsame Standards zu verständigen. Wir wünschen uns, dass es dann möglich wird, diese Standards gemeinsam zu tragen und zu leben, sich kollegial zu unterstützen und sich immer wieder konstruktiv wertschätzend zu hinterfragen.

Im Deutschen Roten Kreuz sehen wir fünf Aufgabenfelder, denen wir uns in der Zukunft stellen:

- Die Sensibilisierung und Basisqualifizierung aller haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräfte im Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung durch eine Grundlagenausbildung (zugleich Maßnahme der Einsatzprävention)
- Die Qualitätssicherung und –steigerung unserer Teams der psychosozialen Akuthilfe für Betroffene

- Die Qualifizierung von Kollegialen und Psychosozialen Ansprechpartnern in den Rettungsdiensten und Bereitschaften als Maßnahme der Einsatzprävention
- Die Sensibilisierung von Führungskräften für organisationsbezogene Maßnahmen der Einsatzprävention
- Die organisationsübergreifende Qualitätssicherung mit allen anderen PSNV-Akteuren
- Die Vernetzung mit Institutionen weiterführender Hilfen zur lückenlosen Versorgung von Betroffenen.

Unsere Mühen und Arbeit sind erfolgreich, wenn in 15 Jahren:

- alle Betroffenen, die psychosoziale Unterstützung benötigen, diese schnellstmöglich, aber auch Stunden, Tage und Wochen später unkompliziert und unbürokratisch erhalten
- sich keine Einsatzkraft mehr ihrer Reaktionen und Gefühle nach einem belastenden Einsatz schämen muss und eine Kultur der Achtsamkeit und Wertschätzung gepflegt wird
- in den Hilfsorganisationen, Feuerwehr, Polizei und THW Organisationsstrukturen zur Verfügung gestellt werden, die Einsatzkräfte in ihrer Tätigkeit fördern und unterstützen und nicht selbst zur Belastung werden.

„Aus Liebe zum Menschen“

Johanniter Unfall-Hilfe e.V.

Sprecher: Leander Strate

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Johanniter-Unfall-Hilfe hat sich in den vergangenen Jahren aktiv am Prozess der konsensualen Diskussion zur Psychosozialen Notfallversorgung beteiligt. An dieser Stelle möchten wir unseren Dank an Pfarrer Joachim Müller-Lange richten, der als Vertreter der JUH mit seiner Expertise viele Impulse geben konnte. Er hat in den Konferenzen seine Kompetenzen und langjährigen Erfahrungen eingebracht und so die Praxissicht sichergestellt und in den theoretischen Kontext gestellt. Weiterhin danken wir Hr. Dr. Christoph Lindenstromberg für seine Mitwirkung in dem Konsensusprozess und seine konstruktiven Beiträge und Informationen.

Der Konsensusprozess neigt sich nun seinem Ende entgegen. Als wir mit der gemeinsamen Positionsfindung und Diskussion begannen, hofften wir, am Ende ein praxistaugliches gemeinsames Papier in den Händen zu halten. So ganz wurde dieses Ziel nicht erreicht. Aber alleine die Diskussion und Auseinandersetzung, die Kenntnis der Positionen und Vorstellungen der anderen Akteure hat den Blick für die PSNV auf eine bundesweite Ebene ermöglicht.

Die Johanniter werden alle gewonnenen Kenntnisse und Ergebnisse in ihre eigene Rahmenkonzeption aufnehmen. Damit ist sichergestellt, dass innerhalb der JUH diese Erkenntnisse nicht verloren gehen. Wir werden darüber hinaus versuchen, mit den anderen praktischen Akteuren der Krisenintervention und Notfallseelsorge gemeinsame Standards zu vereinbaren und so das Miteinander zu vereinfachen. Uns liegt u. a. sehr daran, die Standards der Aus- und Fortbildung, der gegenseitigen Anerkennung und eines gemeinsamen Vokabulars weiter voran zu tragen.

So hat dieser Konsensusprozess eine gute Basis gelegt, auf der die Akteure nun aufbauen können und den PSNV-Bereich in ihren Organisationen und Gliederungen vorwärts entwickeln können.

An dieser Stelle möchten wir deshalb allen Beteiligten unseren Dank sagen für die offenen, konstruktiven und Erkenntnis erhellenden Debatten und Gespräche. Unser Dank gebührt vor allem dem BBK, dem in der Person von Verena Blank-Gorki und Jutta Helmerichs immer die Aufgabe zufiel, alle unterschiedlichen Interessen und Bedarfe zu koordinieren und zu lenken.



Sprecherguppe der Katholischen Konferenz der Diözesanbeauftragten für die Notfallseelsorge

&

Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in der EKD

Sprecher: Dr. Andreas Müller-Cyran und Ralf Radix

Die Notfallseelsorge in Deutschland begrüßt den erfolgreichen Abschluss der Konsensuskonferenz und steht voll und ganz hinter den erarbeiteten Ergebnissen. Die beiden Sprecher der Notfallseelsorge danken allen Mitarbeitern des Referates I.5 PSNV, namentlich Frau Blank-Gorki, für ihre geduldige, beharrliche, auch in manchmal schwierigen Zeiten immer freundliche und integrative Moderation und Begleitung des Konsensus-Prozesses. Die Notfallseelsorge in Deutschland bedankt sich ebenfalls bei allen Partnern der Konferenz für den Willen und die Offenheit zum Konsens, für die produktive und bei Bedarf durchaus auch kontroverse Diskussion und die gegenseitige Wertschätzung. Der Prozess der Konsensuskonferenz hat zur Klärung und Schärfung der Identität der Seelsorge in der PSNV geführt. Auch die säkularen Akteure in der PSNV können das Gemeinsame wie auch das Unterscheidende zur Notfallseelsorge klarer benennen: die gemeinsame Grundlage ist die humanwissenschaftliche Verantwortbarkeit des Handelns in der PSNV. Die Seelsorge bringt dazu ergänzend die spirituelle Dimension zum Tragen.

In den Städten und Landkreisen wird es in Zukunft nicht mehr vorrangig eine ‚Notfallseelsorge‘ oder ‚Krisenintervention‘ geben. Es gibt zunächst eine fachlich verantwortete und strukturell verlässliche

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) für die Menschen der Stadt oder Region. Die PSNV kann getragen sein von der Notfallseelsorge oder wird in Kooperation mit anderen Anbietern der PSNV getragen. Eine ‚Arbeitsgemeinschaft PSNV‘ (ARGE PSNV) in der Stadt oder im Landkreis stellt eine zukunftsweisende Plattform dar, um alle Akteure und Bedarfsträger zu inhaltlichen und strukturellen Fragen zu versammeln und zu beteiligen. Die Notfallseelsorge wird sich aktiv in diesen Prozess einbringen, ihn unterstützen und häufig auch in Absprache mit der zuständigen Behörde initiieren.

Die Themen und Anliegen, die nicht abschließend in der Konsensuskonferenz behandelt werden konnten, werden - soweit die Notfallseelsorge zu einer Klärung beitragen kann - weiter aufgegriffen und behandelt.

Die Notfallseelsorge sieht im Abschluss der Konsensuskonferenz einen wesentlichen Meilenstein. Der Diskurs mit den Partnern des Konsenses geht weiter, nicht nur auf der Ebene des Bundes, sondern auch in den Ländern und Landkreisen und Städten. Die Notfallseelsorge ist nur dann zukunfts-fähig, wenn es die PSNV ist. Diskurs und Konsensus sind dafür die Grundlage und Voraussetzung.



Auswärtiges Amt

Konsensus-Prozess Psychosoziale Notfallversorgung

Qualitätsstandards und Leitlinien 2007-2010

Stellungnahme des Auswärtigen Amtes

Das Auswärtige Amt begrüßt den Konsensusprozess zur psychosozialen Notfallversorgung ausdrücklich, hat ihn intensiv begleitet und trägt die Empfehlungen des Abschlusspapiers weitestgehend mit.

Zwei einschränkende Anmerkungen:

1. Die Tätigkeits- und Kompetenzprofile der PSNV-Akteure bedürfen einer weiteren Schärfung und - in Anbetracht der europäischen Entwicklung - auch einer weiteren Vereinheitlichung, insbesondere im Hinblick auf die Mindestqualifikationen und die Frage der heilkundlichen Befugnis. Daraus ergibt sich aus Sicht des Aus-

wärtigen Amtes die Notwendigkeit bundeseinheitlicher Ausbildungs-Curricula, um die erforderlichen Qualitätsstandards auch bundesweit umsetzen zu können.

2. Die gutachterliche Expertise muss um die Perspektive: „PSNV ist heilkundliche Tätigkeit“ erweitert werden (wie schon im Rahmen der Konferenz 2010 von Fr. Dr. Helmerichs angekündigt). In einer anschließenden Synopse ist dann festzulegen, welche der PSNV-Akteure über heilkundliche Kenntnisse verfügen müssen und welche nicht.

Stellungnahme des Auswärtigen Amtes (Dr. Maria M. Bellinger)

Deutsche Gesellschaft für Post-Traumatische
Stress-Bewältigung e.V. (DG PTSB e.V.)

German Post-Traumatic Stress Foundation (GPTSF)

DG-PTSB e.V.

Postfach 1231

82242 Fürstenfeldbruck

Hauptstraße 10

82275 Emmering



Konsensus-Konferenz 2010

Stellungnahme der DG PTSB e.V.

Die DG PTSB e.V. vertritt die Ansicht, dass die Frage der Unterstellung aller Akteure gem. juristischem

Gutachten nicht befriedigend gelöst ist. Der Grund hierfür liegt in der Frage der Schweigepflicht. Es

gibt viele Akteure, die nicht nach § 203 StGB der Schweigepflicht unterliegen, es sei denn, sie sind als „Gehilfen“ (gem. § 203) einer Person unterstellt, für die der Paragraph greift. Daher halten wir eine

Unterstellung unter eine Person, die durch diesen Paragraphen abgedeckt ist, für sinnvoll und erforderlich.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Post-Traumatische-Stress-Bewältigung (Bernd Willkomm)

Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen



Anmerkungen des BDP zum Abschlusspapier des Konsensusprozesses

Nach mehrjähriger intensiver Arbeit vieler Beteiligter mündet der Prozess in der dritten Konferenz nun abschließend in die vorliegenden Empfehlungen. Gemeinsame und unterschiedliche Vorstellungen zur Organisation, Zuständigkeit und Implementierung der PSNV wurden diskutiert und – soweit es im Prozess möglich wurde – konsentiert. Ungeachtet der vielen Bemühungen verbleiben unvollendete Aufgaben. Dies betrifft u. a. die anforderungsbezogene fachliche Abstimmung von Tätigkeits- und Kompetenzprofilen und die Prüfung und Qualitätssicherung der vom BBK recherchierten Listen von Einsatzindikationen und Anbietern. Auch in Bezug auf diese Aufgaben möchten wir auf im Prozess zwar gehobene, aber nicht ausgeschöpfte Quellen verweisen, beispielsweise das Gutachten von Prof. Bengel und die vorgestellten bewährten Modelle aus unseren Nachbarländern Österreich und Schweiz.

Nach Kenntnisnahme des im Auftrag des BBK erfolgten Rechtsgutachtens sieht der BDP die Durchführung der Interventionen und deren Qualitätssicherung nun als unmittelbare Aufgabe und

Herausforderung für die anbietende Organisation an. Die notfallpsychologische Intervention bei extremen Belastungen ist ein nachgewiesener gesundheitsrelevanter Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit mit signifikanter wirtschaftlicher Bedeutung und birgt weiteres hohes präventives Potential und sollte daher im Hinblick auf die im Gutachten festgestellten negativen Zuständigkeiten künftig stärker aus Spendenmitteln getragen werden können.

Der BDP trägt die gefundenen Kompromisse im Abschlusspapier, Stand 30.09.2010, im Wesentlichen mit, weist aber darauf hin, dass die unter 3., 4. und 5. aktuell angekündigten Ausführungen zur psychologischen Diagnostik bzw. „Screening“, zu Aus- und Fortbildung und zu Evaluationskriterien weder als ausreichend diskutiert noch als konsentiert angesehen werden können

Der BDP wird mit seinem Kooperationspartner MHD die Aufgabe der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der notfallpsychologischen Versorgung von Bürgern und Helfern auch weiterhin aktiv verfolgen.

Stellungnahme des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Fredri Lang)

Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil II)

Entwurf eines Abschlusspapiers des Konsensus-Prozesses 2007-2010,
verfasst zur Abstimmung auf der Konsensus-Konferenz 2010
am 10. November 2010 in Bonn

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1. Ausgangslage
2. Abschlusspapier des Konsensus-Prozesses 2007-2010
 - 2.1 Das Rechtsgutachten
 - 2.2 Schlussfolgerungen im Abschlusspapier
 - 2.3 Fehlende Einbindung der Konsensus-Partner

Zusammenfassung

Die BPTK hat bereits auf der ersten Konferenz 2008 zum Konsensusverfahren festgestellt, dass mit den verschiedenen Organisationen und Beteiligten der PSNV in Deutschland eine konstruktive Arbeit an Leitlinien möglich ist. Als Zwischenergebnis des Prozesses der Leitlinienentwicklung und Definition von Standards wurden Qualitätsstandards und Leitlinien der Psychosozialen Notfallversorgung (Teil I) präsentiert. Die BPTK hatte diesen Empfehlungen unter der Voraussetzung zugestimmt, dass noch offene Fragen fachlich und rechtlich beantwortet werden. Auch die damals vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen waren zu dem Ergebnis

gekommen, dass die Rolle der Heilberufe noch nicht endgültig geklärt bzw. ihre Fachkompetenz in der PSNV noch nicht ausreichend berücksichtigt ist. Offen geblieben waren insbesondere die Aufgaben und Kompetenzen von Psychotherapeuten in der Akutphase und die Definition der Qualifikationsanforderungen, die an die Akteure der Akutphase und Frühintervention gestellt werden. Die BPTK hatte vor diesem Hintergrund das Einholen eines Rechtsgutachtens nachdrücklich unterstützt, muss nun allerdings zur Kenntnis nehmen, dass die für uns zentralen offenen Fragen in diesem Gutachten gar nicht geprüft werden.

Vielmehr liegt dem Gutachten die Einschätzung der Auftraggeber, bei der Akuthilfe im Rahmen der PSNV handele es sich nicht um Heilkunde, als Prämisse für die Untersuchung anderer rechtlicher Fragestellungen zugrunde. Die Schlussfolgerungen einer der beiden gutachterlichen Stellungnahmen werden damit überhaupt nicht berücksichtigt. Unter Bezugnahme auf das Rechtsgutachten wird dann wiederum im zu konsentierenden Abschlusspapier festgestellt, dass es sich bei Akuthilfen in der PSNV nicht um Heilkunde handele.

Damit gibt es in Bezug auf die auch von der BPtK bereits 2008 gestellten offenen Fragen weiterhin keine fundierten Antworten, so dass der Vorbehalt der damaligen Zustimmung nicht aufgehoben ist. Die BPtK bedauert sehr, dass damit dem jetzt vorgelegten Abschlussbericht nicht zugestimmt werden kann. Dessen ungeachtet, wird die Fortsetzung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den vergangenen zwei Jahren als sehr konstruktiv und kollegial eingeschätzt und die BPtK hofft, dass diese Arbeit nach Klärung der noch offenen rechtlichen Fragen weitergeführt werden kann.

1. Ausgangslage

Auf der ersten Konsensus-Konferenz 2008 wurde beschlossen, zusammen mit allen relevanten Akteuren im Feld der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) gemeinsame Leitlinien und Qualitätsstandards zu ausgewählten Themenfeldern zu erarbeiten und abzustimmen. Dabei sollten fachliche Gemeinsamkeiten und Übereinstimmungen, die bereits in vielen Bereichen der PSNV bestehen, verdeutlichend benannt und offener Klärungsbedarf identifiziert werden. Zwei wissenschaftliche, gutachterliche Stellungnahmen prüften die wissenschaftliche Vertretbarkeit, Evidenzbasierung und Kompatibilität der für die damalige Konferenz erarbeiteten Empfehlungen mit anderen nationalen und auch internationalen Leitlinien und Standards. Das Ergebnis wurde durch eine freiwillige Selbstverpflichtung der beteiligten Partner getragen und für eine inhaltliche Fortschreibung empfohlen (PSNV: Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil I), BBK, 06/2009, S. 8). Dieser Leitlinie liegt folgende Begriffsbestimmung der PSNV zugrunde:

Der Begriff „Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)“ beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen.“ (BBK, 2009, S. 15)

Die Zustimmung der BPtK zu den Empfehlungen der Leitlinie erfolgte unter dem Vorbehalt, dass es im Rahmen der Weiterarbeit zu einer erneuten und vertieften Beschäftigung mit den Schnittstellen zwischen Psychotherapeuten und den anderen Akteuren der PSNV kommt. Im Hinblick auf die betreffenden gutachterlichen Stellungnahmen stellte der Sprecher der BPtK fest, dass die Rolle der Heilberufe noch nicht endgültig geklärt bzw. ihre Fachkompetenz in der PSNV noch nicht ausreichend berücksichtigt sei. Nach Einschätzung der BPtK betreffe dies insbesondere die Aufgaben und Kompetenzen von Psychotherapeuten in der Akutphase sowie die Definition der Qualifikationsanforderungen, die an die Akteure der Akutphase und Frühintervention gestellt werden. So sei es unbestritten erforderlich, dass Vertreter der Heilberufe in der Akutphase Aufgaben an andere dafür qualifizierte Kräfte delegieren. Die Definition und Ausarbeitung der Schnittstellen sollte dann jedoch unter Berücksichtigung der rechtlichen Voraussetzungen auch in Bezug auf Fragen der Fachaufsicht, Weisungsbefugnis und Haftung erfolgen.

Speziell die Konkretisierung der Tätigkeits- und Kompetenzprofile, die Herausarbeitung der Schnittstellen der PSNV sowie die Berücksichtigung der jeweiligen rechtlichen Fragestellungen sollte die

nachfolgende Phase des weiteren Arbeitsprozesses bestimmen. Vor diesem Hintergrund wurden vom BBK gemeinsam mit den am Konsensusverfahren beteiligten Organisationen Fragestellungen für ein Rechtsgutachten zur PSNV in Deutschland abgestimmt. Einen Schwerpunkt dieser Fragestellungen sollte danach die rechtliche Klärung bilden, welche Maßnahmen der PSNV Heilkunde darstellen, welche Maßnahmen unter „Approbationsvorbehalt“ stehen, welche haftungsrechtlichen Auswirkungen die Qualifikation derjenigen, die psychosoziale Akuthilfen leisten, haben und welche Konsequenzen sich aus möglichen Qualifikationsunterschieden mit Bezug auf „Unterstellungsverhältnisse“ ergeben. Der Rechtsfragenkatalog des BBK, der Grundlage für einen Gutachterauftrag sein soll-

te, enthielt dazu unter anderem folgende Fragen: „Handelt es sich bei der Leistung von psychosozialen Akuthilfen, wie sie oben beschrieben worden ist, generell um Handeln im Sinne des Heilpraktikergesetzes bzw. des Psychotherapeutengesetzes, sodass ein genereller Approbationsvorbehalt besteht?“, „Ist im Hinblick auf die Leistung psychosozialer Akuthilfen ggf. eine juristisch begründete Abgrenzung einzelner Tätigkeiten möglich, für die ein Approbationsvorbehalt besteht und für die dies nicht der Fall ist?“, „Inwiefern ist die Rechtslage bezüglich eines eventuellen Approbationsvorbehaltes und eventueller Haftungsansprüche in Abhängigkeit vom Ausmaß der Notfallsituation unterschiedlich zu bewerten?“.

2. Abschlusspapier des Konsensus-Prozesses 2007 – 2010

Der Auftrag des Konsensus-Prozesses, Konzepte und Methoden der psychosozialen Notfallversorgung rechtlich einzuordnen, daraus mögliche Qualifikationsanforderungen für die jeweils Handelnden abzuleiten und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für „Unterstellungsverhältnisse“, Leitungs- bzw. Weisungsbefugnisse, Zuständigkeiten, Aufsicht und Ausbildung zu ziehen, kann mit

dem vorgelegten Abschlussbericht nicht erfüllt werden, weil die zugrundeliegenden rechtlichen Fragestellungen in dem vorgelegten Rechtsgutachten von Herrn Prof. Dr. Fehn überwiegend nicht beantwortet werden. Ohne eine ausreichende rechtliche Klärung ist es der BptK aber nicht möglich, dem jetzt als Entwurf vorgelegten Abschlusspapier zuzustimmen.

2.1 Das Rechtsgutachten

Schwerpunkt des Gutachtens sollte die rechtliche Einordnung der Konzepte und Methoden der Psychosozialen Notfallversorgung sein. Dabei geht es vor allem um die Frage, ob es sich bei der psychosozialen Akuthilfe um die Ausübung der Heilkunde handelt. In ihren Fragestellungen für ein Rechtsgutachten zur psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland verweist das BBK mit Bezug auf die wissenschaftlichen, gutachterlichen Stellungnahmen von Prof. Bengel und Dipl.-Psych. Becker aus dem Oktober 2008 ausdrücklich darauf, dass es hinsichtlich der Frage des Approbationsvorbehaltes und der Ausübung von Heilkunde im Zusammenhang mit der psychosozialen Akuthilfe

unterschiedliche Auffassungen gibt. Nach Bengel und Becker habe im Rahmen der Vorbereitung der Konsensus-Konferenz sogar Einigkeit dahingehend bestanden, dass die heilkundliche Kompetenz auch in der Akutsituation und damit in den ersten Stunden nach einem Notfallereignis einen Platz erhalten müsse. Die psychosozialen Akuthilfen einschließlich Bedürfnis- und Bedarfserhebung sowie Indikationsstellung sollten daher entweder von ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten oder von qualifizierten Fachkräften unter der Fachaufsicht von Psychotherapeuten mit Kompetenzen im Bereich der Notfallversorgung durchgeführt werden.

Diese gutachterliche Stellungnahme hat dem Rechtsgutachten von Prof. Fehn aber offensichtlich nicht zur Verfügung gestanden, anders als das Gutachten von Prof. Beerlage, das zu einem abweichenden Ergebnis kam und unter den „überlassenen Unterlagen im Rechtsgutachten aufgeführt ist. Mit Verweis auf entsprechende Vorannahmen des Auftraggebers wurde diese Frage von Prof. Fehn sogar ausdrücklich als nicht klärungsbedürftig dargestellt:

„Dabei wird von der – durch den Auftraggeber vorgegebenen – Prämisse ausgegangen, dass die psychosoziale Akuthilfe keine Ausübung der Heilkunde und damit insbesondere keine besondere psychotherapeutische und psychiatrische Form der Notfallrettung im Sinne des jeweiligen Landes-Rettungsgesetzes darstellt“ (S. 17, Rechtsgutachten Fehn).

„Man könnte sich nun zunächst auf den Standpunkt stellen, dass die vorgenannten Gesetze nur dann einschlägig sind, wenn die psychosoziale Akuthilfe die Ausübung von Heilkunde darstellt mit der Konsequenz, dass die dort tätigen Personen einer Approbation bedürfen. Dies ist jedoch nach Angaben des Auftraggebers gerade nicht der Fall. Bei der psychosozialen Akuthilfe handele es sich vielmehr um eine nicht-medizinisch fachliche, sondern präventive, psychosozial geprägte Unterstützung für an Unglücksfällen beteiligten oder von solchen Unglücksfällen beeinflussten Personen. Dies unterstellt, ist jedoch nur der Schluss zulässig, dass im Rahmen der psychosozialen Akuthilfe nicht der Einsatz von approbierten Personen oder medizinischen Hilfspersonen (...) erforderlich ist (...)“ (S. 40f., Rechtsgutachten Fehn)

„Genau das ist jedoch nicht der Fall, da es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um medizinische, heilkundliche Maßnahmen handelt, welche die Gesundheit eines Betroffenen erhalten, verbessern oder wiederherstellen oder des Leben retten sollen und können. Die psychosoziale Akuthilfe ist vielmehr – wie schon mehrfach festgestellt wurde und wie es die Prämisse dieses Gutachtens ist – eine psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützungsleistung.“ (S. 30, Rechtsgutachten Fehn)

„Wollte man für den Fall Vorsorge treffen, dass ein deutsches Gericht in Zukunft – entgegen der durch die Auftragsgeberin vorgegebenen Auffassung – die Rechtsansicht vertritt, bei der psychosozialen Akuthilfe handele es sich um Heilkunde, könnte man aus Gründen äußerster rechtlicher Absicherung darüber nachdenken, eine approbierte Person, d. h. konkret einen Arzt (z. B. einen Psychiater) oder einen Psychologischen Psychotherapeuten, mit der Leitung der psychosozialen Akuthilfe zu betrauen.“ (S. 47f., Rechtsgutachten Fehn)

Der ursprüngliche Zweck der Gutachtenerteilung wurde somit in Bezug auf den Stellenwert der Heilkunde verfehlt, weil nicht geprüft wurde, ob psychosoziale Akuthilfe als Ausübung der Heilkunde anzusehen ist. Vielmehr wurde die angeblich durch die Auftraggeberin „vorgegebene Auffassung“, es handele sich nicht um Ausübung der Heilkunde, zur (ungeprüften) Prämisse der gutachterlichen Überlegungen.

2.2 Schlussfolgerungen im Abschlusspapier

Das Gutachten hat somit die Frage, ob es sich bei der psychosozialen Akuthilfe um die Ausübung der Heilkunde handelt, gar nicht rechtlich geprüft. Doch das Abschlusspapier erweckt diesbezüglich einen anderen Eindruck:

„Im Rahmen des Konsensus-Prozesses wurde umfassend über die Fragen, wie die PSNV fachlich beaufsichtigt wird und wer wem gegenüber im Einsatz verweisungsbefugt ist, diskutiert. Diese Fragen waren neben anderen Gegenstand des vom BBK in Auftrag gegebenen Rechtsgutachtens. Zur Frage, ob aus rechtlicher Sicht eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe innerhalb einer Gemeinde bzw. eines Kreises erforderlich ist, liegt folgendes Ergebnis vor: (...) Alle nicht approbierten Akteure in der psychosozialen Akuthilfe bedürfen keiner besonderen Fachaufsicht, da es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um Ausübung der Heilkunde handelt. Somit ist aus rechtlicher Sicht eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe nicht erforderlich. (...) Berufsrechtlich besteht kein Problem darin, eine nicht approbierte Person (z. B. Sozialarbeiter oder Notfallpsychologe) als PSNV-Führungskraft einzusetzen, da diese im Rahmen der Leitung der psychosozialen Akuthilfe Ärzten keine medizinischen Weisungen erteilen kann, da es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um eine medizinische Aufgabe handelt.“ (S. 34f, Entwurf des Abschlusspapiers).

Auch wegen der fehlenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen, gutachterlichen Stellungnahme von Bengel und Becker stellen diese Schlussfolgerungen einen gravierenden

Mangel des Abschlusspapiers dar. Der Mangel ist umso erheblicher, weil Prof. Fehn heilkundliche Tätigkeiten im Rahmen der psychosozialen Akuthilfe nicht grundsätzlich ausschließt. Hinsichtlich der möglichen Eingriffsintensität und der Tragweite psychosozialer Akuthilfe kommt der Gutachter zu Zwischenergebnissen, die eine heilkundliche Tätigkeit jedenfalls nahelegen:

„Es muss, wenngleich es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um eine medizinische oder psychotherapeutische Tätigkeit handelt, sichergestellt sein, dass durch die akuten psychosozialen Maßnahmen im Rahmen der psychosozialen Akuthilfe bei den Betroffenen keine physischen oder psychischen Gesundheitsschäden auftreten.“ (S. 45, Rechtsgutachten Fehn)

Und auch bei dem vom Gutachter Fehn herausgestellten Kompetenzprofil einer PSNV-Führungskraft kann nach Ansicht der BPTK überhaupt kein Zweifel bestehen, dass eine heilkundliche Tätigkeit vorliegt und entsprechende Qualifikationen notwendig sind, weil das Stellen einer Diagnose, die therapeutische Entscheidung und die Akutmaßnahme spezifische psychotherapeutische/ärztliche Leistungen in Ausübung der Heilkunde sind:

„Darüber hinaus ist drittens von einer PSNV-Führungskraft zu verlangen, dass sie medizinische Notfallsituationen bei von ihr oder ihren Mitarbeitern betreuten Personen erkennt und adäquate Soforthilfe leisten (...) kann (...).“ (S. 45, Rechtsgutachten Fehn)

2.3 Fehlende Einbindung der Konsensus-Partner

Das für die BPtK unzureichende Abschlussergebnis ist insbesondere auch darauf zurückzuführen, dass die am Konsensusverfahren beteiligten Partner in die Vergabe des Rechtgutachtens und die Bewertung seiner Ergebnisse nicht eingebunden wurden. Zwar wurden im Vorfeld der Gutachterbeauftragung potenzielle für die Konsensuspartner relevante Fragestellungen gesammelt. Die weiteren Arbeitsschritte fanden dann jedoch ohne deren Mitwirkung statt, sodass keine Möglichkeit bestand, rechtzeitig Vorbehalte einzubringen und ggf. auszuräumen.

Einen fehlenden Einbezug stellen wir insbesondere bei der Auswahl des Gutachters fest, die für die Konsensuspartner nicht transparent ist, bei der Auswahl der vom Gutachter zu untersuchenden Rechtsfragen, bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse des Gutachtens sowie bei der Integration der Ergebnisse in das Abschlusspapier. Weil die BPtK nicht dazu beitragen konnte, dass die formulierten Vorbehalte geklärt wurden, sieht sie sich nun mit einem Abschlussbericht konfrontiert, der die gleichen Fragen offen lässt, wie die 2008 konsentierten Empfehlungen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

V. Kapitel

Zusätzliche Materialien zum Konsensus-Prozess 2007 - 2010

Fachliche Grundlagen und Quellen

- Beerlage, I. / Hering, T. / Nörenberg, L. (2006): *Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung*. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Zivilschutz-Forschung. Neue Folge Bd. 57. Bonn: BBK.
- Beerlage, I. / Hering, T. / Springer, S. / Arndt, D. / Nörenberg, L. (2008): *Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. Band 1: Entwicklung | Datenbank | Task-Force | Finanzierung*. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Forschung im Bevölkerungsschutz. Bd. 1. Bonn: BBK.
- Beerlage, I. / Arndt, D. / Hering, T. / Nörenberg, L. / Springer, S. (2008): *Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. Band 3: Belastungen und Belastungsfolgen in der Bundespolizei*. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Forschung im Bevölkerungsschutz. Bd. 3. Bonn: BBK.
- Beerlage, I. (2009): *Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung*. Deutsche Kontroversen – Internationale Leitlinien. In: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (Hrsg.): Schriften der Schutzkommission. Bd. 2. Bonn: BBK.
- Beerlage, I. / Springer, S. / Hering, T. / Arndt, D. / Nörenberg, L. (2009): *Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. Band 2: Qualität in Aus- und Fortbildung*. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.): Forschung im Bevölkerungsschutz. Bd. 2. Bonn: BBK.
- Beerlage, I. / Arndt, D. / Hering, T. / Springer, S. (2009): *Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes*. Unveröffentlichter Endbericht. http://www.gesundheit-im-einsatzwesen.de/02Dokumente/00frameset_documentos.html (Stand: 01.07.2011).
- Beerlage, I. / Helmerichs, J. / Waterstraat, F. (2010): *Management der psychosozialen Notfallversorgung in Großschadens- und Katastrophenlagen*. In: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (Hrsg.): Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 5. Aufl., Bonn: BBK. 131-150.
- Bengel, J. / Becker, K. (2008): *Psychosoziale Notfallversorgung: Leitlinien und Konsensus-Konferenz 2008*. Unveröffentlichtes Gutachten.
- Blumenfield, M. (2007): *Commentary on "Five Essential Elements of Immediate and MidTerm Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence" by Hobfoll, Watson et al. The March Toward Evidence Based Criteria for Mass Trauma Intervention*. In: Psychiatry 70(4). 354-357.
- Bundesverwaltungsamt, Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (2002): *Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf*. In: Schriftenreihe WissenschaftsForum Bd. 2. Bonn: Eigenverlag.
- Butollo, W. / Schmelzer, M. / Krüsmann, M. / Karl, R. (2006a): *Primäre Prävention im Einsatzwesen*. Unveröffentlichter Endbericht.
- Butollo, W. / Krüsmann, M. / Karl, R. (2006b): *Sekundäre Prävention im Einsatzwesen*. Unveröffentlichter Endbericht.
- Butollo, W. / Krüsmann, M. (2008): *Prävention im Einsatzwesen. Untersuchung des langfristigen Adaptionsprozesses nach unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen im Kontext von Katastrophen und extrem belastenden Einsätzen*. Unveröffentlichter Endbericht. <http://www.einsatzkraft.de/> (Stand: 01.07.2011).
- DeGPT – div. Autoren (2008): *Curriculum „Psychosozialer Akuthelfer (DeGPT)“*. Unveröffentlichtes Curriculum.

- div. Autoren (2006a): *WM 2006 - Konzepte zur Psychosozialen Notfallversorgung in Großschadenslagen*. Teilw. unveröffentlichte Konzeptstudien
- div. Autoren (2006b): *unveröffentlichte Stellungnahmen des AA, des BDP, der BPtK zu den Veröffentlichungen und Berichten des Netzwerk-Projektes*.
- div. Autoren (2009): *unveröffentlichte Ergebnispapiere aus den Facharbeitsgruppen im Konsensus-Prozess 2009/2010*.
- Deutsches Rotes Kreuz (2010): *Grundlagen Psycho-soziale Notfallversorgung. Leitfaden*. 1. Aufl., Berlin: DRK-Service GmbH.
- Expertenkreis Amok Baden-Württemberg (2009): *Gemeinsam handeln, Risiken erkennen und minimieren. Prävention, Intervention, Opferhilfe, Medien. Konsequenzen aus dem Amoklauf in Winnenden und Wendlingen am 11. März 2009*. http://www.baden-wuerttemberg.de/fm7/2028/BERICHT_Expertenkreis_Amok_25-09-09.pdf (Stand: 03.04.2010).
- Fairbank, J. / Gerrity, E. (2007): *Commentary on "Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence" by Hobfoll, Watson et al. Making Trauma Intervention Principles Public Policy*. In: *Psychiatry* 70(4). 316-319.
- Fehn, K. (2010): *Rechtsgutachten zu Teilfragestellungen der Psychosozialen Notfallversorgung*. Unveröffentlichtes Gutachten.
- Flynn, B. (2007): *Commentary on "Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence" by Hobfoll, Watson et al. A Sound Blueprint for Building a Stronger Home*. In: *Psychiatry* 70(4). 366-369.
- Helmerichs, J. / Marx, J. / Treunert, R. (2002): *Hilfe für die im Einsatz. Nachsorge für Polizeikräfte – Erfahrungen aus Erfurt*. In: *Deutsche Polizei* 7. 6-14.
- Helmerichs, J. (2005): *Psychosoziale Notfallversorgung bei Großveranstaltungen*. In: H. Peter / K. Maurer (Hrsg.) *Gefahrenabwehr bei Großveranstaltungen*. Edewecht: Verlagsgesellschaft Stumpf+Kossendy. 167-185.
- Helmerichs, J. (2011): *Psycho-soziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen*. In: F. Lasogga / B. Gasch (Hrsg.) *Notfallpsychologie*, 2. Aufl. Berlin: Springer. 371-388.
- Hobfoll, S. / Watson, P. / Bell, C. / Bryant, M. / Friedman, M. / Friedman, M. / Gersons, B. / de Jong, J. / Layne, C. / Maguen, S. / Neria, Y. / Norwood, R. / Reissman, D. / Ruzek, J. / Shalev, A. / Solomon, Z. / Steinberg, A. / Ursano, R. (2007): *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence*. In: *Psychiatry* 70(4). 283-315.
- IASC (2007): *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf (Stand: 20.01.2011).
- IFRC (2008): *Guidelines for emergency assessment*. www.ifrc.org/Docs/pubs/disasters/resources/helping-recover/guidelines-emergency.pdf (Stand: 20.01.2011).
- IMPACT (2007): *Multidisciplinary Guideline. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. http://www.impact-kenniscentrum.nl/doc/guideline_English_incl.%20preamble%20_def_.pdf (Stand: 20.01.2011).
- Jones, N. / Greenberg, N. / Wessely, S. (2007): *Commentary on "Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence" by Hobfoll, Watson et al. No Plans Survive First Contact with the Enemy: Flexibility and Improvisation in Disaster Mental Health*. In: *Psychiatry* 70(4). 361-365.
- Krüsmann, M. / Seifert, L. (2008): *Posttraumatische Belastung und Bewältigung im Einsatzwesen*. In: W. Butollo & M. Krüsmann (Hrsg.): *Prävention im Einsatzwesen. Abschlussbericht für das Forschungsprojekt*, S. 15-53. http://www.praevention-im-einsatzwesen.de/publikation/Praevention_im_Einsatzwesen.pdf (Stand: 30.09.2009)

- Krüsmann, M. / Seifert, L. / Metz, A. / Süß, B. / Kühling, M. / Karl, R. / Schmelzer, M. / Müller-Cyran A. / Hagl, M. / Butollo, W. (2008) Abschließende Empfehlungen zur psychosozialen Prävention im Einsatzwesen. Unveröffentlichter Endbericht. <http://www.einsatzkraft.de/> (Stand: 01.07.2011).
- Landeshauptstadt München (2006): *Konzept zur Psychosozialen Notfallversorgung bei Großschadensfällen in München*. http://www.muenchen.de/cms/prod1/mde/_de/_rubriken/Rathaus/70_rgu/04_vorsorge_schutz/pdf/psychosoz_notfallversorgung2006.pdf (Stand: 20.01.2011)
- Lasogga, F. (2007): *Psychische Erste Hilfe*. In: F. Lasogga / B. Gasch (Hrsg.) *Notfallpsychologie*. Berlin: Springer. 73-84.
- div. Autoren (2009): *Leitfaden der Plattform Krisenintervention – Akutbetreuung*. <https://www.magwien.gv.at/sicherheit/pdf/leitfaden.pdf> (Stand: 20.01.2011).
- Müller Lange, J. (2005): *Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge*. 2. Aufl. Edewecht: Verlagsgesellschaft Stumpf+Kossendy.
- NATO (2008): *Psychosocial Care for People Affected by Disasters and Major Incidents*. NATO Joint Medical Committee. http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Others/NATO_Guidance_Psychosocial_Care_for_People_Affected_by_Disasters_and_Major_Incidents.pdf (Stand: 27.04.2011).
- NNPN (2006): *Einsatzrichtlinien und Ausbildungsstandards für die psychologische Nothilfe*. <http://www.vtg.admin.ch/internet/vtg/de/home/themen/san/koordinierter0/steuerungsgruppe/downloads.html> (Stand: 01.10.2008).
- Rechtsvorschriften der Bundesländer zum Katastrophenschutz (2009): Internetressource der Fachinformationsstelle im BBK, www.bbk.bund.de (Stand: 20.01.2011)
- Schönlau, K. / Lovenfosse, R. / Gengenbach, O. (1997): *SbE – Ausbildungskonzept*. <http://www.sbe-ev.de/> (Stand: 11.05.2008).
- Seynaeve, G. (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*. Brüssel: Ministry of Public Health.
- Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz (2006): *Wörterbuch des Zivil- und Katastrophenschutzes*. 2. Aufl. <http://www.katastrophenvorsorge.de/pub/publications/WB%202006-SKK.pdf> (Stand: 20.01.2011).
- Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Bevölkerungsschutz (2010): *Empfehlungen für taktische Zeichen im Bevölkerungsschutz*. http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Empfehl_Takt_Zeichen_im_BevSch.html (Stand: 27.06.2011).
- Senatsverwaltung für Inneres Berlin (2009): *Rahmenvereinbarung zur Psychosozialen Unterstützung (PSU) bei Großschadenslagen in Berlin*. Unveröffentlichtes Konzept der Stadt Berlin.
- Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main (2007): *Konzept der Psychosozialen Unterstützung*. Unveröffentlichtes Konzept der Stadt Frankfurt am Main.
- Systemliste Notfallseelsorge (2009): *Internetressource der Notfallseelsorge*, <http://www.notfallseelsorge.de/systeme.htm> (Stand: 20.01.2011)
- U.S. Department of Health and Human Services (2005): *Mental Health Response to Mass Violence and Terrorism. A Field Guide*. <http://store.samhsa.gov/product/SMA05-4025> (Stand: 20.01.2011).
- Waterstraat, F. (2006): *Der Mensch in der Katastrophe: Ausgewählte Aspekte der Psychosozialen Unterstützung (PSU)*. In: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) *Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*. 4. Aufl. Berlin: BMI, 35-50.
- WHO (2003): *Mental Health in Emergencies. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/640.pdf (Stand: 01.10.2008).

Gutachten von Prof. Dr. iur. K. Fehn, 2010

(Zusammenfassung)

Vorbemerkung

Prof. Dr. K. Fehn wurde vom BBK beauftragt, rechtswissenschaftlich zu betrachten, auf welcher rechtlichen Grundlage PSNV-Akteure im Feld der PSNV in der Akutsituation tätig sind. In seinem Gutachten untersuchte er auftragsgemäß nur die PSNV für die Zielgruppe der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und Vermissenden, jedoch nicht die PSNV zugunsten der am Einsatzort eingesetzten Einsatzkräfte. Er ging von der vorgegebenen Prämisse aus, dass die psychosoziale Akuthilfe keine Ausübung der Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) oder des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) darstellt.

Prof. Fehn gibt in seinem Gutachten an, dass als Rechtsquellen Rettungsdienstgesetze der Länder, Brand- und Katastrophenschutzgesetze der Länder, Landespolizei- und Ordnungsbehördengesetze und die Gemeindeordnungen der Länder genutzt wurden. Soweit es bei der rechtlichen Betrachtung auf Landesrecht ankam, bezog er sich beispielhaft überwiegend auf das Landesrecht Nordrhein-Westfalen.

Folgende Fragestellungen wurden beantwortet:

1. Sind die Kreise und Gemeinden für die Durchführung der PSNV von Überlebenden, Angehörigen,

gen, Hinterbliebenen, Zeugen und Vermissenden in der Akutsituation (Psychosoziale Akuthilfe) zuständig?

2. Auf welcher rechtlichen Grundlage werden Akteure der psychosozialen Akuthilfe in der Akutsituation tätig?
3. Gibt es aus juristischer Sicht konkrete formelle Anforderungen an das Qualifikationsprofil einer PSNV-Führungskraft?
4. Wie sind die Unterstellungsverhältnisse zwischen Heilkundeberechtigten und dem Personenkreis der nicht Heilkunde berechtigt ist, zu regeln? Wäre ein approbierter Psychotherapeut als PSNV-Führungskraft einem Notfallseelsorger gegenüber weisungsbefugt?
5. Ist aus rechtlicher Sicht eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe innerhalb einer Gemeinde bzw. eines Kreises erforderlich oder denkbar?

Sind die Kreise und Gemeinden für die Durchführung der PSNV von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und Vermissenden in der Akutsituation (Psychosoziale Akuthilfe) zuständig?

Zur Beantwortung dieser Frage werden die Rechtsquellen Rettungsdienstgesetz der Länder (RettG), Brandschutz- und Katastrophenschutzgesetz der Län-

der (BrSchG / KatSG), Landespolizei- und Ordnungsbehördengesetze (PolG / OBG) und Gemeindeordnungen der Länder (GO) herangezogen.

Zuständigkeit nach RettG, BrSchG / KatSG oder PolG / OBG?

Psychosoziale Akuthilfe wird in keinem Rettungsdienstgesetz der Länder (RettG) explizit erwähnt. Fraglich ist, ob es sich bei der psychosozialen Akuthilfe um ein „zusätzliches Rettungsmittel“ oder „notwendiges Personal“ handelt, für dessen Einsatz der Rettungsdienstträger im Rahmen von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker ausreichend Vorkehrungen getroffen haben muss. Dies setzt voraus, dass es sich bei der psychosozialen Akuthilfe um eine rettungsdienstliche Leistung handelt, so dass der Anwendungsbereich der Landesrettungsgesetze überhaupt eröffnet ist. Eine rettungsdienstliche Leistung wiederum wäre gegeben, wenn sich die psychosoziale Akuthilfe unter die Aufgabe der Notfallrettung oder unter die des Krankentransportes subsumieren ließe. Beides ist zu verneinen. Somit kann eine Zuständigkeit für die Durchführung der psychosozialen Akuthilfe nicht aus den Landesrettungsgesetzen abgeleitet werden.

Auch aus der Brandschutz- und Katastrophenschutz-

gesetzgebung der Länder (BrSchG / KatSG) lässt sich keine Zuständigkeit ableiten. Die psychosoziale Akuthilfe kann vom Regelungsgehalt der BrSch- und KatSG nicht erfasst werden, da die in diesen Gesetzen geregelte Hilfeleistung allein technische Hilfe und Hilfeleistung umfasst.

Eine Zuständigkeit nach Landespolizeigesetz (PolG) und Landesordnungsbehördengesetz (OBG) ist ebenso zu verneinen, denn die psychosoziale Akuthilfe ist keine Maßnahme der Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und für die öffentliche Ordnung. Insofern schloss der Gutachter ausgehend von der Prämisse, dass es sich bei der psychosozialen Akuthilfe nicht um eine Maßnahme zum Schutz der Gesundheit im Sinne des PolG / OBG handelt, eine Subsumtion unter das subjektive Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit bzw. der Gesundheit als Bestandteil des Begriffs der öffentlichen Sicherheit aus.

Zuständigkeit nach GO?

Eine Zuständigkeit der Gemeinden für die psychosoziale Akuthilfe aus den jeweiligen Gemeindeordnungen (GO) hingegen kann angenommen werden. Die Gemeindeordnung verpflichtet die Gemeinde innerhalb ihrer Leistungsfähigkeit die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung ihrer Einwohner erforderlichen öffentlichen Einrichtungen zu schaffen, also für das Wohl ihrer Einwohner Sorge zu tragen, somit Daseinsvorsorge zu betreiben. Die psychosoziale Akuthilfe könnte als eine Einrichtung zur Förderung des sozialen Wohls der Gemeindeglieder angesehen werden. Damit ist sie Aufgabe der Daseinsvorsorge im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung.

Durch die Zuordnung der psychosozialen Akuthilfe zum Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge ist ihre Zuweisung in die originäre Zuständigkeit eines anderen Aufgabenträgers als der Gemeinde grundsätzlich ausgeschlossen, da Doppelzuständigkeiten dem deutschen Verwaltungsrecht fremd sind. Denk-

bar ist es gleichwohl, dass sich mehrere Gemeinden zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen, um eine gemeinsame psychosoziale Akuthilfe-Einheit für ihre Gemeindegebiete beispielsweise aus Gründen der Kosteneffizienz gemeinsam zu unterhalten. Durch eine solche Kooperation – die schon aus dem öffentlichen Rettungsdienst bekannt ist – wird die kommunalrechtliche Zuständigkeit der einzelnen Gemeinden nicht verschoben. Vielmehr sind solche Kooperationen im Rahmen der jeweiligen Landesgesetze über die kommunale Zusammenarbeit gestattet.

Die Feststellung der Zuständigkeit der Gemeinden für die psychosoziale Akuthilfe bedeutet nicht, dass die Gemeinden verpflichtet sind, solche Einrichtungen zu institutionalisieren. Vielmehr handelt es sich bei der psychosozialen Akuthilfe, im Unterschied zum öffentlichen Rettungsdienst, nicht um eine gesetzlich definierte Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge. Sie ist somit eine rein freiwillige Leistung der Gemeinden als Aufgabenträger. Ob sich die Gemeinde solcher

freiwilliger Aufgaben annimmt oder nicht, liegt in ihrem Ermessen, wobei die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gemeinde bei der Ermessensentscheidung von Gewicht sein wird. Andererseits spielt bei der Entscheidung über die Umsetzung von Aufgaben der Daseinsvorsorge immer eine Rolle, inwieweit diese den Grundrechten der Bürger dienen. Grundrechte stellen nicht nur Abwehrrechte des Bürgers gegenüber dem Staat dar, sondern begründen auch die Pflicht des Staates, sich aktiv und fördernd vor diese Grundrechte zu stellen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit im Sinne des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG.

Damit die psychosoziale Akuthilfe eine hohe Priorisierung in einer kommunalen Auflistung möglicher freiwilliger Aufgaben der Daseinsvorsorge erhält, wäre es zukünftig bedeutsam, deren gesundheitlichen Nutzen für die betroffenen Bürger intensiver als bisher wissenschaftlich zu evaluieren und im Rah-

men entsprechender Studien hinreichend nachzuweisen. Solange ein entsprechender Nachweis nicht fundiert vorliegt, dürfte eine finanzschwächere Gemeinde diese Aufgabe nachvollziehbar eher hinten anstehen lassen.

Sofern sich eine Gemeinde dazu entschließt, die Aufgabe einer psychosozialen Akuthilfe auf der Grundlage der jeweiligen Gemeindeordnung im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrzunehmen, steht ihr hierfür ein weiter Organisationsspielraum offen. Nahe liegend ist es, bereits vorhandene administrative Einrichtungen der Gemeinde zu nutzen. Dadurch ließe sich die psychosoziale Akuthilfe auch relativ kostengünstig gestalten. So ist beispielsweise die Verortung dieser Aufgabe beim zuständigen Rettungsdienst oder der Gemeindefeuerwehr oder dem zuständigen Sozialamt denkbar. Auch wäre es ohne weiteres möglich, die Aufgabe durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag Hilfsorganisationen zur Durchführung zu übertragen.

Auf welcher rechtlichen Grundlage werden Akteure der psychosozialen Akuthilfe in der Akutsituation tätig?

Die psychosoziale Akuthilfe ist nicht gesetzlich geregelt und somit gibt es auch keine Regelungen über die Tätigkeit im Rahmen der psychosozialen Akuthilfe. Es gelten daher allgemeine Regelungen über die Ausübung des jeweiligen Berufes desjenigen, der in der psychosozialen Akuthilfe tätig wird wie beispielsweise das Rettungsassistentengesetz (RettAssG) für Rettungsassistenten bei ihrer Tätigkeit der psychosozialen Akuthilfe, das Landes-Heilberufsgesetz (HeilBerG) für Ärzte und Psychotherapeuten oder die ärztliche Berufsordnung für Ärzte. Die genannten Vorschriften für Angehörige von Heilberufen oder medizinischen Assistenzberufen gelten auch dann, wenn man davon ausgeht, dass die psychosoziale Akuthilfe keine ärztliche, psychotherapeutische oder Rettungsassistenten-Aufgabe darstellt; die Grundlagen des Berufes bleiben erhalten.

Dasselbe Prinzip gilt auch für Personen, welche die psychosoziale Akuthilfe ausführen, aber keinem Heilberuf oder medizinischen Assistenzberuf angehören wie beispielsweise Seelsorger. Hier gelten dann etwa einschlägige kirchenrechtliche Bestimmungen bei der Ausübung der psychosozialen Akuthilfe.

Somit kommt es in der interdisziplinär ausgerichteten psychosozialen Akuthilfe zu einem „Nebeneinander“ mehrerer rechtlicher Regelungen für die Akteure mit unterschiedlichen Ausbildungen und Berufen. Daneben gelten die allgemeinen rechtlichen Grundlagen wie beispielsweise das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Strafgesetzbuch (StGB) sowie arbeits- und tarifrechtliche sowie beamtenrechtliche Regelungen.

Gibt es aus juristischer Sicht konkrete formelle Anforderungen an das Qualifikationsprofil einer PSNV-Führungskraft?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass weder die gemeindliche Einrichtung „psychosoziale Akuthilfe“ noch die konkrete Aufgabenwahrnehmung gesetzlich oder verordnungsrechtlich geregelt sind. Damit entbehrt es auch jeglicher rechtlicher Regelungen betreffend die Qualifikation von Kräften der psychosozialen Akuthilfe und PSNV-Führungskräften. Aus dem Rechtsinstitut der Organisationspflichten bzw. des Organisations- und Übernahmeverschuldens lassen sich jedoch Anforderungen an die Qualifikation ableiten.

So ist die Gemeinde als Aufgabenträger im Rahmen der ihr obliegenden Organisationspflicht gehalten, eine von ihr etablierte Psychosoziale Notfallversorgung so einzurichten, dass sie beim Bürger zu mindest keinen Schaden verursacht. So ist konkret dafür zu sorgen, dass eine nahtlose Einordnung in die Einsatzvorbereitung und Einsatzorganisation des Brandschutzes, der technischen Rettung und des Rettungsdienstes erfolgt und im Einsatzfall weder zu betreuende Personen noch Akteure der PSNV zu Schaden kommen. Dadurch ergibt sich für die Gemeinde unter dem Gesichtspunkt der Organisationspflicht die Notwendigkeit, mit der Leitung der PSNV eine Person zu beauftragen, die ein Qualifikationsprofil mit mindestens folgenden vier Anforderungen nachweisen kann:

- ausreichende Kenntnisse in der Einsatzorganisation, dem Einsatzablauf, den Einsatzerfordernissen und der Einsatzvorbereitung betreffend den Brandschutz, die technische Rettung und den Rettungsdienst,
- PSNV-spezifische Schulung entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft,
- Kenntnisse zumindest im Bereich der ersten Hilfe
- Kenntnisse im Bereich der Gefahren an der Einsatzstelle.
- Weiterhin sollten PSNV-Führungskräfte originär aus einem Beruf stammen, der dem Bereich der psychosozialen und/oder medizinischen Betreuung zuzurechnen ist.

Zu ergänzen ist, dass auch die PSNV-Führungskraft gut beraten ist, auf die Einhaltung der vorgenannten Qualifikationen zu achten, um sich selbst nicht dem Vorwurf eines Übernahmeverschuldens auszusetzen, das ebenfalls zivil- und strafrechtliche Konsequenzen haben kann.

Wie sind die Unterstellungsverhältnisse zwischen Heilkundeberechtigten und dem Personenkreis der nicht Heilkunde berechtigt ist, zu regeln?

Wäre ein approbierter Psychotherapeut als PSNV-Führungskraft einem Notfallsseelsorger gegenüber weisungsbefugt?

Davon ausgehend, dass die psychosoziale Akuthilfe keine Ausübung der Heilkunde im Sinne des HeilprG oder des PsychThG darstellt, kann die PSNV-Führungskraft sowohl eine approbierte als auch eine nicht approbierte Person sein. Ihre Weisungsbefugnis

umfasst alle erforderlichen organisatorischen und/oder dienstlichen Anweisungen (beispielsweise Arbeitszeitregelungen, Einhaltung von PSNV-Algorithmen und Vorgaben zu Art, Ort und Dauer eines Einsatzes, Zuweisung zu Einsatzabschnitten o.Ä.).

Ausgeschlossen ist lediglich nach der Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte, dass eine nicht approbierte (Führungs-)Person einem approbierten Mitarbeiter in medizinischen Angelegenheiten Weisungen erteilt.

Die konkrete Weisungsbefugnis der PSNV-Führungskraft gegenüber den nachgeordneten Mitarbeitern sollte durch die Gemeinde im Rahmen einer Dienstweisung geregelt werden. Ferner sollte sichergestellt werden, dass es für verschiedene Situationen klar definierte Handlungsalgorithmen gibt, die verbindlich von allen PSNV-Mitarbeitern umgesetzt werden. Die PSNV-Führungskraft ihrerseits muss im Einsatzfall in das Gesamtgefüge der Einsatzleitung eingebunden und bei Alarmierung den Anweisungen der Leitstelle

bzw. der Gesamteinsatzleitung unterstellt sein. Wie die Ausgestaltung der Einsatzleitung konkret aussieht, ist lageabhängig und obliegt wiederum allein der Organisationshoheit der zuständigen Gemeinde.

So ist es beispielsweise denkbar, den Bereich PSNV als selbstständigen Einsatzabschnitt zu betrachten und seine Führungskraft der Ebene des Leitenden Notarztes (LNA) gleichzustellen. Damit wäre die PSNV-Führungskraft zugleich in der Regel Mitglied der Gesamteinsatzleitung und dort beratend tätig. Denkbar wäre es ferner, die PSNV als Unterabschnitt des Einsatzabschnitts Rettung einzustufen, so dass die PSNV-Führungskraft in letzter Konsequenz dem LNA unterstünde.

Ist aus rechtlicher Sicht eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale

Akuthilfe innerhalb einer Gemeinde bzw. eines Kreises erforderlich oder denkbar?

100

Eine zentrale Aufsichtsinstanz für die psychosoziale Akuthilfe als nicht heilkundliche Tätigkeit ist aus rechtlicher Sicht nicht erforderlich.

Für alle Mitarbeiter der psychosozialen Akuthilfe, die zugleich Angehörige eines Heilberufes sind, gilt, dass sie – unabhängig von der Art ihrer Tätigkeit in der psychosozialen Akuthilfe – nach dem jeweiligen Landes-Heilberufsgesetz der berufsrechtlichen Aufsicht der für sie zuständigen Kammer sowie der Aufsicht der Berufszulassungsbehörde unterstehen. Für diesen Personenkreis bedarf es daher keiner darüber hinaus gehenden Aufsichtsinstanz.

Alle übrigen Kräfte der psychosozialen Akuthilfe ohne Approbation unterstehen keiner besonderen Aufsicht. Soweit aufgrund allgemeiner Regelungen ohnehin eine Aufsicht über bestimmte Berufsgruppen existiert, bleibt diese bei der Ausübung der psychosozialen Akuthilfe uneingeschränkt bestehen. So

unterstehen beispielsweise Beamte der Aufsicht ihrer Dienstherren, Arbeitnehmer der Aufsicht ihrer Arbeitgeber und Seelsorger der Aufsicht der Kirchen.

Wenngleich eine zentrale Aufsichtsinstanz speziell für die psychosoziale Akuthilfe rechtlich nicht erforderlich ist, ist sie gleichwohl denkbar und rechtlich keineswegs untersagt. Insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass im Bereich PSNV in Zukunft noch weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn und eine Etablierung von Qualitätskriterien auf dieser Grundlage erforderlich sind, könnte die Einrichtung einer zentralen Stelle, die eher Qualitätssicherungsaufgaben und wissenschaftliche Aufgaben als echte Überwachungsaufgaben erfüllt, sinnvoll sein. Eine solche zentrale Funktion könnte bspw. Einsatzdaten und Einsatzerfahrungen sammeln und evaluieren, hieraus Standards entwickeln und auf überörtlicher Ebene gemeinsam mit anderen Zentralstellen etablieren.

Verfasser des Gutachtens:

Prof. Dr. iur. Karsten Fehn

Professor für Strafrecht und öffentliches Recht an der Fachhochschule Köln

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Partner der Sozietät Dr. Schneider & Partner GbR

Kaiser-Wilhelm-Ring 14-16

50672 Köln

Tel.: +49 (0) 221-222 52 27-0

Email: koeln@dr-schneider-und-partner.de

Web: <http://www.dr-schneider-und-partner.de>

Verfasser der Zusammenfassung:

Dr. Jutta Helmerichs und Mark Overhagen (BBK)

Gutachten von Prof. Dr. phil. I. Beerlage, 2008

(Zusammenfassung)

Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland

1. Hintergrund

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) hat ihre Wurzeln in der Erkenntnis, dass Menschen nach technischen, natürlichen oder menschlich verursachten Notfallereignissen nicht nur medizinische und/oder technische Hilfeleistung benötigen, sondern auch auf der psychischen und sozialen Ebene wirksame Hilfen zur Bewältigung der erschütternden und potenziell traumatisierenden Erfahrung. Die PSNV erweitert die medizinischen und technischen Maßnahmen in der Gefahrenabwehr um psychosoziale Maßnahmen.

Das Ziel der Maßnahmen (PSNV) besteht in der Ermöglichung einer umfassenden Erfungsverarbeitung und schließt das Ziel der Verhinderung der Entstehung psychischer Traumafolgestörungen ein. PSNV umfasst ein breites Spektrum an kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen, die von einem ebenso breiten Spektrum von Anbietern vorgehalten werden. Die von unterschiedlichen humanwissenschaftlichen Disziplinen gespeiste psychotraumatologische Forschung und Praxis hat maßgeblich zur Fundierung von Handlungsstrategien beigetragen.

Innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte ist in der Bundesrepublik Deutschland ein hoch differenziertes und in Handlungsansätzen, Selbstverständnissen und Sprachgebrauch vielfältiges Angebot von Angeboten für Einsatzkräfte und Betroffene von Notfallereignissen (unverletzte Überlebende, Angehörige, Trauernde, Vermissende, aber auch Augenzeugen) entstanden. Erfahrungen einer in weiten Teilen gelingenden, aber von allzu großer Heterogenität und Reibungsverlusten belasteten und daher optimierbaren Zusammenarbeit aller in einem Großschadensereignis kooperierenden technischen, medizinischen

und psychosozialen Akteure ließen rasch in diesem vergleichsweise jungen Tätigkeitsfeld Forderungen nach einer grundsätzlichen strukturellen Einbindung der PSNV in die Gefahrenabwehr, einer bundesländerübergreifend harmonisierten Organisation, Qualitätssicherung und Standardisierung sowie Vernetzung laut werden.

Insbesondere der Zweite Gefahrenbericht der Schutzkommission (2001) und die Formulierung einer neuen Sicherheitsarchitektur im Rahmen der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung (2002) setzten fachliche und politische Impulse, die ab Ende 2002 in die Durchführung der Forschungsprojekte zur Wirksamkeit der „Primären und Sekundären Prävention“ (Münchener Arbeitsgruppe) sowie zur „Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“ (Magdeburger Arbeitsgruppe) im Auftrag des BMI mündeten.

Die zunächst nur auf den Bereich der Einsatzkräfte der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr beschränkten Forschungsprojekte formulierten bald die Forderungen nach einer engen Verzahnung mit der polizeilichen Gefahrenabwehr und dem System der Nachsorge von notfallbetroffenen Bürgern. Ab 2004 wurden die Diskussionen daher unter Beteiligung aller Systeme geführt und mündeten in den Leitlinienprozess der mit der Konsensuskonferenz seinen vorläufigen Abschluss finden wird. Bereits im Konsensusprozess wurde erkennbar, dass bis zu dieser Konferenz weder durch die Forschung, noch durch die Beteiligten oder durch die Gutachter alle offenen fachlichen und politischen Fragen zu klären sein werden.

2. Gutachterperspektive und Fragestellungen

Das hier vorgelegte Gutachten versteht sich als weiterführender Beitrag zu einem langfristigen interdisziplinären Klärungs- und Entwicklungsprozess, zu dem die Gutachterin mit dem Magdeburger Team auch durch das 2006 abgeschlossenen „Netzwerk-Projekt“ beigetragen hat, dessen Ergebnisse in Struktur und Formulierungen der hier vorgelegten Leitlinien sowie der AWMF-Leitlinien eingeflossen sind. Es sei an dieser Stelle zu allererst ausdrücklich betont, dass die Gutachterin daher hier sinnvollerweise nicht einzelne Formulierungen oder dazu erfolgte kritische Anmerkungen kommentieren konnte und wollte.

Aus unabhängiger Position – die Gutachterin gehört keinem der Anbietersysteme an – wurde zu einzelnen, im Laufe des Diskussionsprozesses präzisierten bzw. neu aufgetretenen Fragestellungen ein eigenständiger, fachlicher Sachstand auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Befunde und jüngster internationaler Empfehlungen erarbeitet.

Das Gutachten erfolgte aus klinisch-psychologischer, gesundheitswissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Perspektive und stellt dem Auftraggeber eine fachliche Grundlage zur Abwägung und Gewichtung von einzelnen Beiträgen der am Konsensusprozess Beteiligten zur Verfügung. Anmerkungen einzelner am Diskussionsprozess Beteiligter wurden dabei jedoch von der Gutachterin nicht kommentiert und diskutiert.

Das Gutachten geht ausschließlich auf die vom BBK formulierten Aufgabenstellungen ein, die allesamt Fragestellungen der Schnittstellen zwischen Anforderungs- und Tätigkeitsprofilen, Kompetenzen und Zuständigkeiten der Heilkundeberufe und anderer PSNV-Anbieter (Diplom-Psychologen, Theologen, Sozialpädagogen, Einsatzkräfte aus Rettungsdienst und Feuerwehr) berühren. Der Leitlinien-Entwurf wurde auf der Basis der Ergebnisse der wissenschaftlichen Beantwortung der gestellten Fragestellungen auf Pas-

sung und Stimmigkeit bewertet. Der Gutachtauftrag umfasste die wissenschaftliche Einordnung von Begrifflichkeiten, Bewertung einzelner Handlungsstrategien und Instrumente vor dem Hintergrund systematischer Literaturrecherchen und aktueller internationaler Leitlinien sowie die Stellungnahme zu ausgewählten Dissensen.

Folgende Fragestellungen galt es zu beantworten

Fragestellung 1:

- a) Ist der Begriff der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) geeignet, das Spektrum aller Maßnahmen und beteiligten Anbieter von Maßnahmen im Kontext von Notfallereignissen und belastenden Einsatzsituationen abzubilden?
- b) Ist der Begriff der Psychosozialen Unterstützung (PSU) für die Bezeichnung der „operativen Maßnahmen im Rahmen der PSNV“ geeignet?

Fragestellung 2:

Welche Formen der Erfassung spezifischer Bedürfnis-, Bedarfs-, Risiko- bzw. Ressourcen- und Belastungsprofile können von wem und zu welchem Zeitpunkt eines Notfallereignisses mit welchen Qualifikationsvoraussetzungen durchgeführt werden?

Fragestellung 3:

Wie lassen sich die unterschiedlichen Präventionskonzepte differenzieren und in einen gemeinsamen Sprachgebrauch überführen?

Fragestellung 4:

Welche Funktion nehmen Angebote aus dem heilkundlichen Spektrum bzw. zur Heilkunde berechtigter Berufsgruppen im Spektrum aller Maßnahmen und Anbieter im Verlauf der Einsatz- und Notfallnachsorge ein?

Abschließende Bewertung der Empfehlungen vor dem Hintergrund internationaler Empfehlungen

Hintergrund der Frage sind im Laufe des Konsensusprozesses formulierte Zweifel an der inhaltlichen Angemessenheit der Begriffskomponente „Psycho-sozial“ in der Beschreibung der Angebotspalette nach Notfällen und belastenden Einsatzsituationen. Diese beziehen sich vor allem auf die Exklusivität bzw. Inklusivität des Begriffes für alle Angebote und Anbietersysteme. Insbesondere wird diskutiert, ob Psychotherapie unter psychosozialen Maßnahmen zu subsumieren sei oder einen eigenständigen Versorgungsstrang bildet.

Vorgehen: In einem ersten Schritt wurden vor dem Hintergrund fachlicher Entwicklungen in Medizin, insbesondere Psychiatrie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften und Mental Health Versorgung zentrale Bestimmungsstücke des Begriffes „Psycho(-)sozial“ herausgearbeitet. In einem zweiten Schritt wurde geprüft, ob dieses Handlungsverständnis auch in jüngsten internationalen Leitlinien der Angebotspalette der Einsatzvorbereitung sowie Notfall- und Einsatznachsorge zugrunde gelegt wird. Insbesondere wurden Empfehlungen miteinander verglichen, die „Psycho-sozial“ als Oberbegriff aller Maßnahmen als geeignet verwenden bzw. andere integrative Begriffe oder auch additive Bezeichnungen für verschiedene Versorgungsstränge wählen. In einem dritten Schritt wurde geprüft, ob aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse diese Perspektive auch fachlich stützen und fundieren und somit der Begriff „Psycho-sozial“ auf die Notfallversorgung zu übertragen ist sowie als Oberbegriff berufsgruppen- und angebotsübergreifend verwendet werden kann. In einem vierten Schritt wurde die Tauglichkeit des Begriffes „Psycho-soziale Unterstützung“ kritisch geprüft.

Ergebnis: Der Begriff der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) ist als Oberbegriff für das geordnete und gestufte System aller Maßnahmen und Anbieter, sowie Strukturen und Organisationsformen im Kontext von Notfallereignissen und belastenden Einsatzsituationen geeignet. Jüngste wissenschaftliche Reviews, Metaanalysen und internationale Empfehlungen stützen in der Breite eine als „psycho-sozial“ gekennzeichnete Handlungs- und Versorgungsperspektive.

Unter dem Oberbegriff *Psychosoziale* Notfallversorgung können ressourcenstärkende und präventive Unterstützungsformen, soziale, seelsorgerliche und psychische Hilfen sowie heilkundliche Interventionen zusammengeführt werden, da diese trotz unterschiedlicher Ansatzpunkte und/oder Zeitpunkte auf dem gemeinsamen (Diathese-Stress-)Modell der Aufrechterhaltung, Störung bzw. Wiederherstellung psychosozialen Wohlbefindens basieren. Dieses ist durch klinisch-psychologische, insbesondere psychotraumatologische sowie gesundheitswissenschaftliche Ergebnisse für Notfallereignisse weiter für dieses Tätigkeitsfeld spezifiziert. So wird davon ausgegangen, dass zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen zunächst personale Ressourcen und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netzwerk aktiviert werden. Maßnahmen der PSNV wirken ergänzend oder substituieren im Falle des Fehlens oder Versiegens diese Ressourcen.

- Der Begriff unterstreicht die enge Verknüpfung von *Handlungsstrategien* zur Stärkung von Schutzfaktoren und zur Minderung von Risikofaktoren auf der Ebene der Person, der sozialen Netzwerke und größerer Gemeinschaften im Bewältigungsprozess vor und nach potenziell traumatisierenden Ereignissen. Er bezeichnet eine von Respekt für alle Beteiligten und ihre persönlichen, sozialen, beruflichen und kulturellen Besonderheiten getragene bedürfnis- und ressourcenorientierte, gestufte, interdisziplinäre, vernetzte und geordnete Versorgung von einzelnen Menschen und Gemeinschaften nach Notfallereignissen und belastenden Einsatzsituationen.
- Der Begriff ist *international gebräuchlich* und mit gleicher Bedeutung kommunizierbar. Er wird in der Mehrzahl der einbezogenen nationalen oder internationalen Leitlinien verwendet. Je breiter die Beteiligung von Berufsgruppen und wissenschaftlicher Expertise und je breiter der Einbezug von politischen Instanzen und Hilfs- und humanitärer Organisationen, desto eher wird er gegenüber fachspezifischen oder berufsgruppenspezifischen Oberbegriffen gewählt. Je mehr internationale Organisationen, insbesondere Hilfs- und humanitäre

Organisationen Leitlinien gemeinsam formulieren, umso stärker wird zusätzlich der Aspekt der besonderen Berücksichtigung von ressourcenarmen und marginalisierten Gruppen, von sozialer Ungleichheit im Zugang zu Ressourcen sowie von kultur- und genderspezifischen Bedürfnissen von Betroffenen hervorgehoben.

- Wird der Begriff Psychosozial als *Oberbegriff* aller Maßnahmen vorgeschlagen, so verstehen sich die Maßnahmen als Ergänzung der Bewältigungskompetenz von Personen, Gruppen und Gemeinden. Sie unterstützen und stärken Menschen in ihren Bemühungen, sich auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Gesundheit zu bewegen. Sie integrieren den Einsatz heilkundlicher Methoden, wenn das Erleben und Verhalten von Menschen unter einem Missverhältnis von Bewältigungsressourcen und Bewältigungsanforderungen die Form krankheitswertiger psychischer Störungen annimmt.
- Von *additiven* Termen, wie etwa „psychosozial und psychomedizinisch“ wird in jüngsten internationalen Empfehlungen aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Grundlagen und der Gefahr isolierter Versorgungsstränge abgeraten.

Die wissenschaftliche Bestandsaufnahme der Wirksamkeit von Interventionen der kurz- und mittelfristigen Nachsorge für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebenen und Augenzeugen sowie Einsatzkräfte durch Hobfoll et al. (2007) zeichnet zwar das Bild eines bislang noch unzureichend sicheren Wissens und lückenhafter Forschung. Dennoch stützen die aus der Bestandsaufnahme des gegenwärtig besten verfügbaren Wissens abgeleiteten fünf grundlegenden Prinzipien die in den jüngsten internationalen Empfehlungen vorgeschlagenen Ansätze und Handlungsorientierungen einer bedürfnisorientierten, niedrighwelligen und multidisziplinären gestuften Mehr-Ebenen-Versorgung für Individuen, Gruppen und Gemeinden. Die wissenschaftliche Bestandsaufnahme stützt die Praxistauglichkeit und wissenschaftlichen Grundannahmen des Verständnisses einer *psychosozialen* Notfallversorgung.

Der Begriff **PSU** weist dagegen in seiner bisherigen Bedeutung und Verwendung zu große inhaltliche Unschärfen auf und sollte daher als Oberbegriff für alle operativen Maßnahmen nicht verwendet werden. Vielmehr wird empfohlen, für alle operativen Maßnahmen den Begriff PSNV-Maßnahmen zu verwenden.

4. Screening

Hintergrund der Frage: Die Notwendigkeit der Ermittlung von Bedürfnissen nach oder von Bedarfen an aktuellen und weiterführenden Hilfen erfordert Erfassungsmethoden und Strategien der Ableitung von Handlungsnotwendigkeiten und der Weitervermittlung. Zudem sollen Menschen, die dringend einer weiterführenden Hilfe bzw. psychotherapeutischen (Früh-) Intervention bedürfen, rechtzeitig erkannt werden.

Für das jeweilige Zeitfenster der Verarbeitung potenziell traumatisierender Erfahrungen und darauf basierender Versorgungsphasen sind geeignete und aussagekräftige Methoden zu identifizieren. Gegenwärtig werden unterschiedliche Erhebungsansätze und -methoden diskutiert; zahlreiche Begriffe erschweren die Diskussion, wobei der Begriff des „Screenings“ (es

gibt im Deutschen keinen einschlägigen deutschen Term) dominiert und zu kontroversen Diskussionen führt, da er jeweils unterschiedlich inhaltlich gefüllt wird. Weitere in der Diskussion verwendete Begriffe sind psychologische Triage, Bedürfnis- und Bedarfs-erhebung, Gesundheitspsychologische Diagnostik, Diagnostische Sichtung.

Insbesondere ist die Antwort auf die Frage umstritten, ob „Screening“ heilkundliches Handeln sei oder auch von psychosozialen Fachkräften (z.B. Notfallpsychologen, Notfallseelsorgern, (Sozial-)Pädagogen) oder auch geschulten Einsatzkräften durchführbar ist, in welchen Zeiträumen es sinnvoll und prognostisch valide und ob es unter den Einsatzbedingungen im Zeitraum unmittelbar nach Großschadensereignissen durchführbar ist.

Vorgehen: In einem ersten Schritt wurden die vielfältigen Methoden der Ermittlung von Risiken, Ressourcen und Versorgungsbedarfen und deren Bezeichnungen gesichtet und hinsichtlich der erfassten Merkmale und Formen systematisiert. In einem zweiten Schritt wurden in den internationalen Leitlinien und Empfehlungen die Aussagen und verwendeten Begrifflichkeiten zur Ermittlung von Versorgungsbedarfen und zur Weiterleitung in angemessene Versorgungssegmente analysiert, insbesondere im Hinblick auf Aussagen zu den verwendeten Erfassungsmethoden und erfassten Merkmalen unter unterschiedlichen Bezeichnungen sowie hinsichtlich der beschriebenen Kompetenzvoraussetzungen. In einem dritten Schritt wurden Aussagen zum Zeitpunkt des angemessenen Einsatzes unterschiedlicher Methoden und ihre jeweiligen prognostischen Validität analysiert.

Ergebnisse: Der Begriff des Screenings wird bislang für die Erfassung von Symptomen (*Belastungsscreening*) und Frühstadien einer Erkrankung (*Früherkennung*), sowie die Identifizierung von situativen, sozialen und personalen Risiko- und Schutzfaktoren (*Risiko-Ressourcenprofile*) verwendet.

Bedürfniserhebung ist die Abfrage oder Sammlung von *subjektiv* als dringlich erlebten und geäußerten Wünschen, Notwendigkeiten oder Forderungen von Betroffenen(-gruppen) und Einsatzkräften. Bedarfserhebung ist die einmalige oder wiederholte qualitative und quantitative Erhebung von Problemen und die daraus abgeleitete und reflektierte Ermittlung der Qualität und Quantität von Versorgungsangeboten (Kräften und Mitteln), um diese Probleme zu lösen oder zu mindern. Eine *bedürfnisorientierte Bedarfserhebung* liegt vor, wenn spontan artikulierte oder erfragte, subjektive wahrgenommene Lücken zwischen erforderlichen und verfügbaren Ressourcen im Kräfte-Mittel-Einsatz berücksichtigt werden (können) und ihre Befriedigung fachlich gerechtfertigt ist. *Zielgruppenspezifisch* ist eine (bedürfnisorientierte) Bedarfserhebung dann, wenn sie zwischen Bedarfen (und Bedürfnissen) von definierten oder psychologisch beschreibbaren Personengruppen differenziert.

In den wissenschaftlichen Quellen und internationalen Leitlinien können drei Gruppen von Methoden der (bedürfnisorientierten) Bedarfsermittlung unterschieden werden:

1. *Bedürfnisorientierte Bedarfserhebung auf der Basis von in der Regel populationsbezogenen Risiko-Ressourcenprofilen* (Ereignismerkmale, Art der Konfrontation, dem Ereignis folgende bzw. aktuelle Situationsmerkmale) und Belastungseinschätzungen (Anzeichen von erhöhtem Belastungserleben und dysfunktionalen Bewältigungsmustern).

In der Mehrzahl internationaler, vor allen der jüngerer Leitlinien wird davon *ausgegangen, dass die bedürfnisorientierte Bedarfserhebung* auf der Basis von Risiko-Ressourcenprofilen von besonders geschultem, nicht zwingend heilkundlichem Personal qualifiziert durchgeführt werden kann. Zur Qualitätssicherung sollte die Qualifizierung zur Erstellung und Interpretation psychosozialer Lagebilder auf der Basis von sozialepidemiologisch und psychotraumatologisch relevantem Wissens von Angehörigen der Heilkundeberufe durchgeführt werden.

Die Ermittlung von Risiko-Ressourcen-Profilen kann als „Erstellung eines *psychosozialen Lagebildes*“ bezeichnet werden, das in eine fortlaufend nachgesteuerte „bedürfnisorientierte und zielgruppenspezifische Bedarfsplanung“ mündet. Der Begriff des Screenings sollte für die Erstellung psychosozialer Lagebilder nicht verwendet werden.

2. *Identifizierung von hoch riskierten bzw. hoch belasteten Gruppen.*

(1) Die Identifizierung hoch riskierter Personen erfolgt einerseits mit *prognostischen Screenings* mit Hilfe standardisierter Instrumente und klinischer Interviews unter der Fragestellung „Übersteigen die Risikofaktoren eine kritische Schwelle,

so dass die Person engmaschig in Betreuung und unter Beobachtung bleiben sollte?“

Mehrheitlich wird in den vorliegenden internationalen Leitlinien vom breiten, flächenmäßigen Einsatz standardisierter, diagnostischer und prognostischer Screening-Instrumente in großen Gruppen vor Ablauf von 4-6 Wochen abgeraten. Die langfristige Aussagekraft ist gegenwärtig noch nicht ausreichend belegt, Nebenwirkungen sind noch nicht ausreichend untersucht.

(2) Die *Früherkennung* von Menschen mit Belastungssymptomen, die kritische Schwellenwerte überschreiten, erfolgt andererseits als *Frühdiagnostik* bzw. als „*diagnostisches Screening*“ unter der Fragestellung „Überschreiten die Belastungsreaktionen kritische Schwellenwerte und bedürfen einer weiterführenden individualdiagnostischen Klärung?“

Diagnostisches Screening von Symptombelastungen und auffälligen oder lang andauernden Bewältigungsreaktionen unter Einsatz standardisierter psychodiagnostischer Verfahren und Interviews gelten unter vier Wochen nach dem Ereignis hinsichtlich ihrer Aussagekraft zur Vorhersage von posttraumatischer Fehlanpassung als umstritten. Sie sollten jedoch im Einzel- bzw. Verdachtsfall auch innerhalb von vier Wochen eingesetzt werden, um Menschen zu identifizieren, die dringender psychotherapeutischer bzw. fachärztlicher Hilfe bedürfen. Ein Fallverdacht sollte schnellstmöglich in eine *klinische Diagnostik* und ggf. in die *Indikation* einer Therapie münden.

Hinsichtlich der Qualifikationsvoraussetzungen besteht vor dem Hintergrund gesetzlicher Regelungen (PTG) in der Bundesrepublik Deutschland noch Klärungsbedarfs zum selbständigen Einsatz der Screening-Instrumente durch Notfallpsychologen. Die Bezeichnung „Gesundheitspsychologische Diagnostik“ löst die Schnittstellenproblematik zur Heilkunde nicht.

3. *Identifizierung von Menschen mit psychischen Störungen.*

(1) Identifizierung einer *Zielgruppe* mit spezifischen Versorgungsbedarfen (Variante des Diversity-Managements – z.B. Sicherstellung der Pharmakologische Versorgung, Kontinuität in Therapie und Betreuung, Kompensation von Beschränkungen im Zugang zu sozialen Ressourcen aufgrund von Hospitalisierung und Familienferne sowie bereits hoch belasteten Angehörigen).

(2) Einschätzung von stark ausgeprägten *Symptomen/Belastungsmerkmalen und Fallverdacht*: zeigen Menschen „auffällige“ Belastungsreaktionen und Reaktionsmuster oder massive bzw. anhaltende Probleme und Alltagsbeeinträchtigungen, so sind sie umgehend einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnostik und (Psycho-) Therapie zuzuleiten.

Die Identifizierung von *potenziell* psychisch kranken Menschen (Fallverdacht) erfordert laut der Mehrzahl aktueller internationaler Leitlinien eine gründliche Schulung.

(3) Klinische *Individualdiagnostik* mit dem Ziel der Prüfung eines Fallverdachts bzw. des Vorliegens einer krankheitswertigen psychischen Störung (*Fallidentifizierung*) als Ausübung von Heilkunde.

Im Fall der Erstellung eines psychosozialen Lagebildes durch gesondert geschulte nicht-heilkundliche Kräfte sollten immer im Zweifelsfalls individualdiagnostische Maßnahmen veranlasst bzw. zur Interpretation uneindeutiger Informationen Heilkundeberechtigte hinzugezogen werden: “In all instances, when in doubt, consult” (USDHHS, S.15).

Der Begriff des Screenings sollte nur eng gefasst und mit der zusätzlichen Angabe des Screening-Gegenstandes verwendet werden. Er sollte künftig noch eindeutig getrennt werden von „klinischer Individu-

aldiagnostik“ und der Erstellung „psychosozialer Lagebilder“.

Bei Verdacht auf krankheitswertige psychische Störungen sind zur Fallidentifizierung zwingend heilkundliche Kompetenzen, und beim Verdacht auf psychiatrische Notfälle insbesondere die zuständige Sozial- bzw. Gesundheitsbehörden mit dem verantwortlichen heilkundlichen Personal einzubinden. Diagnostische Kompetenz sollte grundsätzlich im Hintergrund (z.B. Rufbereitschaften) auch im Alltag (nicht nur bei Großschadensereignissen) verfügbar organisiert werden. Als im Einsatzfall grundsätzlich verfügbares Personal sollten aber auch Notärzte und nichtärztliches Rettungsdienstpersonal verstärkt geeignete psychiatrische und psychotraumatologische Fortbildungen erhalten.

5. Sekundärprävention

Hintergrund der Frage: Explizit haben Everly & Mitchell (2002) die auf Caplan (1964) zurückgehende dreigliedrige Präventionssystematik von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auf die Unterstützung von Einsatzkräften im Kontext belastender Einsatzsituationen übertragen. So basiert eine Reihe von Definitionen der gestuften Versorgung im Rahmen der PSNV auf der Präventionssystematik und definiert alle Nachsorgemaßnahmen zur Senkung von Erkrankungsrisiken als sekundärpräventive Maßnahmen. Gegenwärtig wird das auf Caplan zurückgehende Verständnis und daraus resultierende Handlungsspektrum von Sekundärprävention jedoch kritisch diskutiert. Zum einen wird Sekundärprävention als heilkundliches Handeln verstanden, da Symptome frühzeitig erkannt und behandelt werden. Zum anderen wird alternativ das differenziertere Modell des Institute of Medicine (Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996) vorgeschlagen.

Vorgehen: Beide Präventionskonzepte wurden einer kritischen Prüfung auf Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit auf die PSNV unterzogen.

Die Begriffe *Triage* und *Sichtung* sollten im Kontext der PSNV nicht verwendet werden, da die Analogie zum katastrophenmedizinischen Handeln die Einschätzung realer Handlungsgeschwindigkeiten und zu erwartende Ressourcenengpässe verzerrt.

Spezifische *Lagemerkmale* können in starkem Maße die Möglichkeiten des Belastungsscreenings beschränken, d.h. der Erfassung von Belastungsreaktionen und Bewältigungsstrategien einzelner Personen in der Breite einer betroffenen Population.

Es wird vorgeschlagen, die in den verfügbaren Leitlinien genannten offenen Forschungsfragen in weiterführenden Forschungsprojekten zu verfolgen.

Ergebnisse: Bereits in der ursprüngliche Verwendung von Caplan (1964) umfasst Sekundärprävention sowohl heilkundliche Frühintervention als auch nicht-heilkundlichen Maßnahmen zu Senkung von Risikofaktoren. Das Konzept ist somit tatsächlich unscharf, so dass ein Teil der gegenwärtigen Kontroversen darauf zurückgeführt werden kann. Caplan argumentiert in der Beschreibung der Maßnahmen in starkem Maße weit über „Prävention“ als Verhinderung von Erkrankungen hinaus und verfolgt eine psycho-soziale Perspektive der Stärkung von umfassenden gemeindebzeogenen, personalen und sozialen Bewältigungsressourcen, die heute in der Fachdiskussion der Perspektive der „Mental Health Promotion“ zuzurechnen wäre.

Mrazek & Haggerty (1994) beschränken sich auf „Prävention“ gegenüber Behandlung und Rehabilitation, und schließen explizit Aspekte der „Mental Health Promotion“ aus. Sie untergliedern in Abhängigkeit von unterschiedlichen Graden des Risikos universelle, selektive und indizierte Prävention. Letztere unterscheiden die Zielgruppen nach erhöhtem Risiko

bzw. bereits vorliegenden erhöhten Belastungsanzeichen. Vorliegende Versuche der Übertragung dieses Konzepts auf den Bereich der PSNV erweisen sich als stark voneinander abweichend und erscheinen daher noch nicht tragfähig.

In der Prüfung der Anwendbarkeit der „Präventions“-Konzepte wurde deutlich, dass nicht nur im Übergang der drei Präventionsstufen Unschärfen vorliegen. PSNV-Maßnahmen verfolgen darüber hinaus auch nicht nur „präventive Ziele“ im Sinn der Verhinderung von psychischen Traumafolgestörungen, wobei die präventive Wirkung von Krisenintervention und Einsatznachsorge zudem (noch) nicht hinlänglich belegt ist. PSNV-Maßnahmen verfolgen vielmehr auch die Stärkung und Ergänzung individueller und sozialer und gemeindlicher Ressourcen mit dem Ziel der ge-

lingenden Bewältigung, der Förderung von Resilienz und auch des persönlichen Wachstums und der Sinnstiftung angesichts von Schicksalsschlägen. Der Präventionsbegriff erscheint mithin als zu eng gefasst. Die Beschreibung der gestuften Angebote sollte auf den Bezug zum Präventionskonzept verzichten.

Wenn in der Praxis die Differenzierung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention beibehalten werde, um eine eingeführte Begrifflichkeit weiter zu verwenden, sollte jedoch durch genaue Beschreibung der Anforderungen, Tätigkeiten und erforderlichen Kompetenzen der Übergang von der präventiven in eine kurative Logik im Spektrum der „Sekundärprävention“ präzisiert werden. Hier erscheint das Erstellen und/oder Vorliegen einer „Diagnose“ eine mögliche praxistaugliche und kommunizierbare Grenze.

6. Rolle der Heilkundeberufe

Hintergrund der Fragestellung: Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes 1999 wird Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannte Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert gesetzlich definiert. Voraussetzung der Ausübung einer psychotherapeutischen Tätigkeit ist das Vorliegen von „Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit (...), die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern“ (Bastine, 1998; zit. n. RKI, 2008). Einzelne vormals interdisziplinär geleistete Hilfen angesichts bestehender psychischer Problemlagen fallen nun in den Kompetenzbereich von Psychotherapeuten. Dies berührt auch Aufgabenteilungen in der PSNV.

Wie bereits im Kontext der Diskussion zum „Screening“ deutlich wurde, sind die Übergänge vom „normalen“ zum „kranken“ Funktionieren unter dem Eindruck des „Aus-der-Normalität-Fallens“ anlässlich von Notfallereignissen besonders schwer zu bestimmen und damit auch die Zuständigkeit der heilkundlichen und nicht-heilkundlichen Akteure der PSNV. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten stellen eine vergleichsweise „junge“ Anbietergruppe

im System der PSNV dar, deren fachliche Mitwirkung am System der PSNV unbestritten ist. Die Fragen des Zeitpunktes (auch in der Akutversorgung?) und der Rolle in der Mitwirkung (Fachaufsicht, Weisungsbefugnis, Screening, Indikationsstellung?) zählen jedoch zu den im Prozess der Leitlinienentwicklung und Konsensfindung am kontroversesten diskutierten.

Die Frage der Bedeutung heilkundlicher Kompetenzen bezieht sich insbesondere auf drei Ebenen der Beteiligung an der Qualitätssicherung in der PSNV:

1. die Notwendigkeit und Durchführungsmöglichkeit der spezialisierten psychotraumatologischen heilkundlichen Angebote ab Stunde 0 nach dem Ereignis
2. die Notwendigkeit der Beteiligung der Vertreter der auf psychische Traumata spezialisierten Heilkundeberufe als Fachaufsicht bzw. Weisungsbefugte
3. 1. die Rolle der Vertreter der auf psychische Traumata spezialisierten Heilkundeberufe im Kontext einer umfassenden Qualitätssicherung.

Vorgehen: Zur Schnittstelle zwischen nicht-heilkundlicher, präventiver und stützender sowie heilkundlicher Handlungslogik im Bereich der Erkennung von Hilfe- und Interventionsbedarfen wurde im Kontext von „Screening“ und „Sekundärprävention“ bereits Stellung genommen.

Zur Frage der Fachaufsicht und Weisung in einem konkreten Einsatz war zu unterscheiden ob ein Leiter PSNV/PSU organisatorisch den Kräfte- und Mitteleinsatz lenkt oder inhaltlich in die Durchführung der Maßnahmen hineinwirkt. Auf die offenen Rechtsfragen wird nur kurz eingegangen.

Zur Rolle der heilkundlichen Interventionen in der Akutphase wurde vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten, wissenschaftlich verfügbarer bzw. nicht-verfügbarer Evidenzen und internationaler Empfehlungen zu klären sein, worin der notwendige Beitrag der Heilkundeberufe zu sehen ist und wie die Zusammenarbeit mit den nicht-heilkundlichen Angeboten optimal organisiert werden kann.

Während in internationalen Veröffentlichungen die Funktion der Heilkundeberufe vor allem in der Qualifizierung, Supervision und Qualitätssicherung der nicht-heilkundlichen Anbietersysteme hervorgehoben wird, wird dieser Aspekt eher nur vereinzelt in der bundesdeutschen Diskussion behandelt. Er soll hier ergänzend aufgegriffen werden.

Ergebnisse

(1) Allgemeiner Stellenwert heilkundlicher Kompetenzen

Heilkundliche Angebote und Angehörige der Heilkundeberufe sind unverzichtbarer Bestandteil zu jedem Zeitpunkt der Planung und Durchführung der PSNV. Spezifisch qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten in alle *Planungen und Phasen* einer langfristigen, organisierten und abgestimmten Zusammenarbeit einbezogen sein.

Besondere Verantwortung kommt den für das Feld der PSNV einschlägig qualifizierten Vertretern der Heilkundeberufe in der *Qualifizierung* anderer Anbietersysteme in klinisch-psychologischen, psychiatrischen und insbesondere psychotraumatologischen Kenntnissen zu sowie in der Vermittlung von Netzwerkwissen zur gesamten psychosozialen und psychiatrischen Versorgung einschließlich der psychotherapeutischen und fachärztlichen Maßnahmen im ambulanten und stationären Bereich.

Kompetenzen der psychotraumatologisch qualifizierten Angehörigen der Heilkundeberufe sind insbesondere auch in der Supervision von Anbietern und Anbieterteams erforderlich.

(2) Heilkunde in der Akutphase und in der mittelfristigen Nachsorge

Alle internationalen Empfehlungen gehen von einem *gestuften System* von der „Hilfe zur Selbsthilfe“ über professionelle Hilfen bis zur spezialisierten therapeutischen Versorgung aus, das im Zeitfenster der Akutversorgung in den ersten Tagen *Psychotherapie* und *Diagnostik* *nur im eher sehr seltenen Bedarfsfall* für erforderlich und fachlich begründet hält.

Aus dem Umfang zu erwartender diagnostischer und therapeutischer Bedarfe lässt sich *keine zwingende und als Heilkundeangebot gesondert geregelte Beteiligung an Angeboten innerhalb der Akutphase* am Einsatzort (1-2 Tage) bzw. in der mittelfristigen Nachsorge (4-6 Wochen) neben der Psychosozialen Akuthilfe oder Einsatznachsorge ableiten. Dies bedeutet nicht, dass Angehörige der Heilkundeberufe nicht als Mitglieder oder fachliche Leiter von Organisationen und Teams der psychosozialen Akuthilfe beteiligt sein können.

Für den Bedarfsfall der diagnostischen Abklärung und therapeutischen Intervention im Zeitfenster von 1-2 Tagen empfehlen internationale Leitlinien

und die Expertengruppe um Hobfoll (2007) die Organisation von *Rufbereitschaften bzw. Hintergrunddiensten* auch für Einzelereignisse im Alltag der Gefahrenabwehr. Entsprechende Strukturen auf kommunaler oder Landesebene.

Im Zeitfenster der *mittelfristigen Versorgung* von vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis werden je nach Bewertung der Akuten Belastungsreaktion als frühe Manifestation einer Posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer (umstrittenen) prognostischen Bedeutung für künftige Fehlanpassungen Frühdiagnostik und Frühinterventionen notwendig und durch *flexible und erleichterte Zugänge* ins System der Psychotherapeutischen Versorgung bereit zu stellen sein.

Psychiatrische Notfälle infolge von Notfallereignissen stellen aufgrund ihres äußerst seltenen Vorkommens *keine spezifische Herausforderung* zur Planung heilkundlicher Angebote in der Akutphase am Einsatzort dar und können bereits heute mit bestehenden sozialpsychiatrischen Strukturen und Regelungen versorgt werden. Vertiefte Qualifikationen der Anbieter psychosozialer Akuthilfen zur Identifizierung potenziell gefährdeter Personen erscheinen allerdings wünschenswert.

Die Befunde, die für oder gegen einen breiten Einsatz von prognostischen oder diagnostischen *Screenings* sprechen, die Psychologische bzw. Heilkundliche Qualifikationen erfordern, insbesondere bei Großschadensereignissen, sind widersprüchlich.

Für die Durchführung von *individualdiagnostischen Untersuchungen* sind auch, sofern sie fachlich begründet werden könnten, i.d.R. die räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen am Einsatzort nicht geeignet.

Mit zunehmender zeitlicher Entfernung vom Notfallereignis ist für nur einen kleineren Teil der Betroffenen mit anhaltenden Belastungen ein zu-

nehmender Bedarf an Diagnostik und Therapie zu erwarten und zu decken. Hier sind gleitende Übergänge und *qualifizierte Weiterverweisung* im Vorfeld vorzubereiten.

Diese Empfehlungen decken sich mit aktuellen internationalen Empfehlungen und wissenschaftlichen Befunden.

(3) Weisung und Fachaufsicht durch Angehörige der Heilkundeberufe

Die Frage der Leitung eines PSNV-Einsatzes durch Heilkundeberufe ist zu differenzieren in Fragen der Weisungsbefugnis und damit Führung in organisatorischen, strategischen und taktischen Fragen einerseits sowie der Fachaufsicht andererseits.

Die *Fachaufsicht* ist in den Heilkundeprofessionen berufsrechtlich geregelt. Auch hinsichtlich anderer PSNV-Maßnahmen liegt die Fachaufsicht bei den entsendenden Organisationen (z.B. Notfallseelsorge).

Hinsichtlich der *Weisungsbefugnis* im Einsatz spricht nach vorliegenden Erfahrungen und hinsichtlich der wahrzunehmenden Aufgaben nichts gegen die Ausübung einer Führungsfunktion durch spezifisch qualifizierte Angehörige Psychosozialer Berufsgruppen, die keinem Heilkundeberuf angehören. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass – bei entsprechender Ausbildung und Erfahrung – ein Angehöriger der Heilkundeberufe diese Aufgabe ebenfalls wahrnehmen kann. Internationale Leitlinien jenseits des deutschen Sprachraums – mit Ausnahme der bereits durch die Unterzeichnung der IASC Empfehlungen überholten WHO-Leitlinien von 2003 – enthalten keinerlei Hinweise zur Entscheidung dieser ausschließlich im deutschsprachigen Raum diskutierten Frage.

Rechtsicherheit zur klaren Trennung der Schnittstelle von Weisungsbefugnis und Fachaufsicht sollte abschließend ein Rechtsgutachten herstellen.

7. Fazit und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Bestandsaufnahme zu den gestellten Fragen lassen sich die vorgelegten Leitlinien wie folgt zusammenfassend beurteilen:

Die Leitlinien sind in sich konsequent in der Verfolgung des zugrunde liegenden umfassenden psychosozialen Handlungsverständnisses. Das psychosoziale Handlungsmodell der Leitlinien deckt sich mit jüngsten wissenschaftlichen Befunden zur Epidemiologie von psychischen Belastungen und zum Verlauf der Belastungsverarbeitung nach Notfällen und belastenden Einsatzsituationen. Es deckt sich auch mit jüngsten wissenschaftlichen Befunden und internationalen Leitlinien zur Effektivität einer interdisziplinären, gestuften, koordinierten und organisierten Zusammenarbeit in der Psychosozialen Notfallversorgung.

Die Leitlinien stärken einen grundsätzlichen Respekt vor den salutogenetischen Kräften von Einzelnen und sozialen Netzwerken in Familie, Nachbarschaft und am Arbeitsplatz.

Von einer umfassenden Evidenzbasierung aller PSNV-Maßnahmen ist die PSNV weit entfernt, so dass die Leitlinien dem besten verfügbaren Wissen entsprechen. Sie decken sich mit empirisch gestützten, „evidenzinformatierten“ Handlungsprinzipien auf den Ebenen von Personen, Gemeinschaften und Gemeinden.

Die Leitlinien beschreiben ein integriertes interdisziplinäres System, in dem die spezifischen Kompetenzen aller Akteure im Zeitverlauf transparent nach innen und außen kommuniziert werden können.

Die Leitlinien sind in ihrer Ausrichtung kompatibel mit jüngeren deutschen und weiteren nationalen Leitlinien auf europäischer und außereuropäischer Ebene. Sie können hinsichtlich ihrer Ausrichtung aber auch Umsetzung grundsätzlich in einen europäischen und über Europa hinausgehenden internationalen Harmonisierungsprozess münden.

Die Leitlinien sind in Teilen differenzierter beschreiben (z.B. Ablauf und Akteure der PSNV) als vergleichbare internationale Leitlinien. Sie sind zugleich vage in anderen Bereichen (z.B. Prüfung der Kompetenz von Anbietern im Vorfeld der Beauftragung).

Die Leitlinien weisen noch einen geringen Differenzierungsgrad im Vergleich zu anderen Empfehlungen in folgenden Bereichen auf: im Bereich der Versorgung spezifischer Betroffenengruppen nach Alter, Kultur, Behinderung, Graden der mehr oder weniger selbständigen Lebensführung; sowie im Bereich der Differenzierung von verschiedenen Formen der Psychoedukation (Normalisierung, Symptomsensibilisierung, Risiko-Ressourcen-Sensibilisierung).

Folgende offene Fragen und fortbestehende Kontrollversen im Konsensfindungsprozess werden zur weiteren Bearbeitung empfohlen

- (1) Beschreibung und Abgrenzung von Tätigkeitsprofilen und erforderlichen Kompetenzprofilen als Basis einer differenzierten Ausbildungsbeschreibung für unterschiedliche Funktionen (Expertenarbeitsgruppe)
- (2) Qualifikationsvoraussetzungen im Bereich von prognostischen und diagnostischen Screenings (Expertenarbeitsgruppe)
- (3) Reichweite von Weisungsbefugnis und Fachaufsicht (Rechtsgutachten)
- (4) Gestaltung des Übergangs zwischen den Zeitfenstern der kurzfristigen und mittelfristigen Nachsorge (Expertenarbeitsgruppe)
- (5) Prüfung der Beauftragungsvoraussetzungen (Kompetenzen) der PSNV-Anbieter und Sicherstellung des Qualifikationserhalts.

Folgende offene Fragen stellen sich auch in internationalen Praxis- und Forschungszusammenhängen und sollten in der Weiterentwicklung der PSNV in der Bundesrepublik Deutschland nicht aus den Augen verloren werden

- (1) die Untersuchung präventiver Effekte von Information und Stressimmunisierung nicht nur bei Einsatzkräften, sondern auch in der Bevölkerung
- (2) die Aussagekraft von „Risiko-Screenings“ in unterschiedlichen Zeitfenstern unterschiedlicher Ereignismuster

- (3) Nebenwirkungen von „Risiko- und Belastungs-Screenings“
- (4) Wirkfaktoren „psychischer Erster Hilfe“ und „Trauerbegleitung“ nach Teilgruppen differenziert (Kinder, ältere Menschen...)
- (5) Effekte unterschiedlicher Varianten mittelfristiger Nachsorge-Modelle
- (6) Wirksamkeit von therapeutischen Frühinterventionen im mittelfristigen Zeitfenster von 6 Wochen nach Ziel- und Altersgruppen differenziert
- (7) Varianten der Psychoedukation und Krisenkommunikation und der Wirkungen einzelner ihrer Elemente.

Die Leitlinien stellen einen ersten, sehr großen und fachlich auf der Basis des verfügbaren Wissens gut fundierten Meilenstein dar. Sie können jedoch noch nicht als Endpunkt eines möglicherweise erreichbaren Abstimmungsprozesses verstanden werden.

Sie stellen eine Bestandsaufnahme des gegenwärtig Konsensfähigen dar, um das in teilweise jahrelangen Austausch- und Klärungsprozessen gemeinsam und engagiert gerungen wurde.

Hinsichtlich eines im Vergleich zu den Vorjahren stark polarisierten Verhältnisses von heilkundlichen vs. nicht-heilkundlichen, seelsorgerlich und psychosozial professionellen vs. lediglich psychosoziale fortgebildeten Anbietersystemen sind hier deutliche und differenziertere Formen abgestimmter, bedarfs- und bedürfnisgerechter Zusammenarbeit skizziert.

Die Leitlinien lassen erkennen, dass gegenwärtig noch offene organisatorische und fachliche Fragen nicht in fachlich fragwürdigen „Schein“-Konsense untergegangen sind. Es wird daher empfohlen, dass einzelne einzurichtenden Arbeitsgruppen mit zeitlich befristetem Auftrag konkrete offene Fragestellungen bearbeiten. Die Richtung nächster Bearbeitungsschritte sollte festgehalten werden.

Es sei hier eindringlich davor gewarnt, in einem Dau-erklärungsprozess einen umfassenden und vollständigen Konsens anzustreben, da sich das erforderliche wissenschaftliche (und praktische) Wissen nicht mit dem gewünschten Tempo bereitstellen lässt. Die dabei entstehenden Frustrationen und zugleich unvermeidlichen, unlösbaren und interaktionell sich verfestigenden „Positions-Unterschiede“ könnten zentrifugale Kräfte entfalten und mehr Schaden als Nutzen anrichten.

Die Länder- und Bundesbehörden und Organisationen der Gefahrenabwehr sowie das bestehende bundesweite informelle Netzwerk sollten in den nächsten Jahren die Chance erhalten und wahrnehmen, die Details der Leitlinien zunächst umzusetzen und zu erproben, bevor sie einer erneuten kritischen Prüfung und Weiterentwicklung unterzogen werden.

Es wird jedoch geraten (je nach Themenbereich) im Abstand von 5-10 Jahren Aktualisierungen durch beauftragte Expertisen zu ausgewählten Fragestellungen vorzubereiten, in einem Expertenkreis zu beraten und Update-Konferenzen unter der Federführung des BBK durchzuführen.

Literatur: s. Gutachten

Verfasserin:

Prof. Dr. phil. Irmtraud Beerlage
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg

Tel.: +49 - (0)391 - 8864-320
Email: Irmtraud.Beerlage@hs-magdeburg.de
Web: <http://www.hs-magdeburg.de>
Web: <http://www.psychosoziale-notfallversorgung.de>
Web: <http://www.gesundheit-im-einsatzwesen.de>

Gutachten von Prof. Dr. phil. Dr. med. J. Bengel und K. Becker, 2008 (Zusammenfassung)

Leitlinien und Konsensus-Konferenz 2008

Die psychologische und soziale Betreuung und Versorgung von Opfern, Angehörigen und Einsatzkräften in Großschadenslagen, aber auch im rettungsdienstlichen Alltag hat in den letzten Jahren eine wichtige Bedeutung erlangt. Insbesondere nationale und internationale Erfahrungen bei Großschadensereignissen haben die Relevanz der Psychosozialen Notfallversorgung eindrucksvoll dokumentiert. Die Erkenntnisse der Psychotraumatologie haben zu verschiedenen Aktivitäten und Versorgungskonzepten geführt. Die große Bandbreite und Heterogenität der Maßnahmen und Angebote verlangt eine Standardisierung und ein umfassendes Qualitätsmanagement.

Ausgehend von der historisch gewachsenen und aktuellen Situation in Deutschland hat der Arbeitsbereich „Psychosoziale Notfallversorgung“ im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) sich der Psychosozialen Notfallversorgung angenommen. Die Psychosoziale Notfallversorgung ist bisher nicht adäquat in die Organisationsstruktur der Gefahrenabwehr eingebunden.

National wie international wird psychologischen und sozialen Frühmaßnahmen nach Notfallereignissen, insbesondere in Großschadenslagen, sehr hohe Bedeutung beigemessen. Leitlinien und Qualitätsstandards für psychologische und soziale Frühmaßnahmen sind aus wissenschaftlicher, gesellschaftlicher, organisatorischer und politischer Perspektive notwendig.

Das vorliegende Gutachten argumentiert aus der wissenschaftlich-fachlichen Perspektive. Nach Begriffsklärungen und einer Übersicht zu psychologi-

schen Screeninginstrumenten werden internationale und nationale Leitlinien zu Frühinterventionen nach traumatischen Ereignissen dokumentiert und mit den vorliegenden Ergebnissen des Konsensusprozesses verglichen. Auf die Rolle der heilkundlichen Berufsgruppen wird in einem eigenen Abschnitt eingegangen. Abschließend werden Vorschläge für das weitere Vorgehen gemacht.

Es finden sich in Deutschland eine Vielzahl von Konzeptionen und Aktivitäten mit unterschiedlichem Entwicklungs- und Implementierungsstand. In den Ländern, Kreisen und Städten sind unterschiedliche Strukturen entstanden, die in unterschiedlicher Trägerschaft stehen. Psychosoziale Notfallversorgung wird von verschiedenen Berufsgruppen angeboten. Es fehlen (Qualitäts-)Standards, gesetzliche Regelungen und die Einbindung in die Organisationsstruktur. Der psychosoziale Strang weist im Gegensatz zum medizinischen Strang ein heterogenes Spektrum auf, es fehlen eindeutig definierte Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche.

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat einen Prozess zur Entwicklung von Leitlinien angestoßen und moderiert. Es ist gelungen, alle relevanten Interessengruppen zu diesem Prozess zusammenzubringen und eine konstruktive Diskussion zu fördern. Die Notwendigkeit solcher Aktivitäten wird von allen Interessengruppen bestätigt; die Zustimmung zum vorgeschlagenen Vorgehen wird durch ihre Mitarbeit dokumentiert. Alle Interessengruppen haben konstruktiv und sachbezogen argumentiert.

Das gewählte Vorgehen stellt die Vertrauensbildung und die gemeinsame Diskussion in den Vordergrund. Ziel ist der Konsens, die Mitnahme aller Gruppen und eine gemeinsame Empfehlung. Zunächst stand daher der gemeinsame Dialog im Vordergrund. Aufgrund dieser Vorgehensweise – Diskussion und Konsens der beteiligten Interessengruppen – besteht die Einigung bzw. die weitgehende Einigung in eher allgemeinen, teilweise notwendigerweise abstrakt formulierten Aussagen.

Viele Anmerkungen der Vertreter der Interessengruppen sind auf sehr unterschiedlichem Abstraktionsniveau, einzelne Anmerkungen sind nur im Rückgriff auf Prämissen und den jeweiligen Arbeits- und Organisationskontext zu interpretieren. Nicht alle Interessengruppen können jedoch zu allen Fragen und Themen in gleicher Weise qualifiziert Stellung nehmen (z. B. organisatorischer Rahmen im Katastrophenschutz, heilkundliche Regelungen).

Die wissenschaftliche Perspektive und Begutachtung kann den Forschungsstand, die empirische Evidenz und die Positionen internationaler Leitlinien einbringen. Eine Reihe von offenen Fragen lassen sich jedoch durch eine wissenschaftliche Expertise bzw. eine wissenschaftliche Begutachtung nicht lösen bzw. beantworten.

Die Bezeichnung Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) scheint geeignet, das Gesamt und die Struktur der psychologischen und sozialen Frühmaßnahmen nach Notfällen und Schadenslagen abzubilden. Neben der Bergung / Rettung und der notfallmedizinischen Versorgung wird damit der notwendige dritte Arm der Notfallversorgung dargestellt. Es besteht Konsens darüber, alle Maßnahmen unter dieser Bezeichnung zusammenzufassen. Die vorliegenden Ausführungen stehen in Einklang mit internationalen Leitlinien. Sie bilden ein gutes Fundament für die Psychosoziale Notfallversorgung. Der Begriff „psychosoziale Unterstützung“ (PSU) erscheint nicht notwendig und zielführend, er sollte nicht weiter verwendet werden.

Aus gutachtlicher Sicht soll betont werden, dass die Psychologie (hier vor allem die Klinische Psychologie), die Psychiatrie, die Psychosomatik und die Psychotherapie die wissenschaftliche Basis der Psychosozialen Notfallversorgung bilden. Gemeinsames Arbeits- und Anwendungsfeld dieser Disziplinen ist die Psychotraumatologie. Zuerst müssen Konzepte und Strategien der Frühmaßnahmen nach Notfalleignissen wissenschaftlichen Standards dieser Disziplinen genügen. Viele der für die Psychosoziale Notfallversorgung relevanten Maßnahmen erfordern fachliche Kompetenz (z. B. Interpretation von Screeningsinstrumenten, psychologische Diagnostik, psychotherapeutische Frühinterventionen). Diese fachlichen Voraussetzungen sind bei Diplompsychologen teilweise, bei psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten gegeben. Allerdings sind auch für diese Berufsgruppen psychotraumatologische Fort- und Weiterbildungen sinnvoll und angezeigt.

Heilkundliche Kompetenz ist im Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung erforderlich. Dies gilt für psychodiagnostische Aufgaben, Indikationsstellung sowie spezifische (psychologische und psychotherapeutische) Frühinterventionen. Dies gilt ferner auch für Leitungsfunktionen und Beratung im Stab. Derzeit wird die Fachkompetenz der Heilberufe in der PSNV noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Allerdings sind viele der Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung von anderen dafür qualifizierten Kräften durchführbar, nur ein Teil der Maßnahmen erfordert aus fachlicher und wahrscheinlich auch aus juristischer Sicht Fachkräfte mit heilkundlichem Status. Diese Maßnahmen sollten in einem Tätigkeitskatalog definiert werden. Es wird davon abgeraten, die Diskussion über Tätigkeitsprofile und Kompetenzen zum Thema Heilkunde über Begriffe und Bezeichnungen wie zum Beispiel Sekundärprävention zu führen.

Zwischen den internationalen Leitlinien und den Ergebnissen der Konsensuskonferenz besteht große Übereinstimmung. Die gewählte Begrifflichkeit vari-

iert allerdings, so dass nicht immer entscheidbar ist, ob hier vergleichbare Sachverhalte adressiert sind. Die Vergleichbarkeit ist außerdem reduziert durch die Unterschiede zwischen den Ländern und die zum Teil unterschiedlichen Zuständigkeiten bzw. Ausbildungen. Es wird empfohlen, sich im Hinblick auf Tätigkeitsprofile an den Leitlinien zu „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) zu orientieren, da sie die Leitlinien der relevanten Fachgesellschaften repräsentieren und aktuell sind.

Das bisher erreichte Ergebnis und das Material stellen einen sehr erfolgreichen Zwischenschritt dar. Der Prozess zur Leitlinienentwicklung und Definition von Standards ist noch nicht abgeschlossen und wird auch auf der Konsensuskonferenz im November 2008 nicht abgeschlossen werden. Die beteiligten Interessengruppen müssen bereit sein, Kompromisse zu schließen, um so den Prozess weiter voran zu bringen. Einerseits müssen historisch gewachsene Strukturen respektiert werden, andererseits jedoch auch ausbildungsbezogene und wissenschaftliche Kompetenzen akzeptiert sowie rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Der in den bisherigen Ausführungen mitgedachten These, dass alle etablierten Anbieter von PSNV die Standards definieren und gleichsam „gesetzt“ sind, muss widersprochen werden. Diese Grundidee ist für den Entwicklungsprozess von Leitlinien und Standards zunächst sicher sinnvoll. In einem nächsten Entwicklungsschritt können jedoch nicht Anbieter mit ihren nachvollziehbaren Interessenlagen über die Aufnahme in die PSNV und ihre Standards bestimmen. Der Beteiligung an der PSNV sollte eine Zertifizierung von einem fachlich qualifizierten und aus fachlich-wissenschaftlichen Experten und Fachleuten des Katastrophenschutzes zusammengesetzten Gremium vorausgehen.

Der Bezugsrahmen für die Qualitätsstandards in der PSNV sind internationale und nationale Leitlinien, die auf dem internationalen Stand der Forschung basieren. Daneben gilt es jedoch, etablierte Vorgehensweisen und Gewohnheiten sowie selbst definierte Standards genau zu prüfen und dabei anzuerkennen, dass verschiedene Gruppen und Organisationen seit Jahren in der PSNV aktiv sind.

Es wird empfohlen den Leitlinienprozess unter der Moderation des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe fortzusetzen. Nach der Konsensuskonferenz im November 2008 sollten die offenen Fragen bearbeitet werden. Dabei sollte das Prinzip der regelmäßigen Abstimmungen aller Interessengruppen nicht wie bisher fortgeführt werden. Das Bundesamt sollte zu den verschiedenen offenen Fragen Expertisen einholen. Diese könnten sich beziehen auf die juristische Bewertung der Heilkunde im Rahmen der Notfallversorgung, eine gemeinsame Position der Hilfsorganisationen, eine gemeinsame Position der heilkundlich tätigen Berufsgruppen oder die Grenzziehung zwischen Seelsorge und psychotherapeutischer Frühintervention.

Es wird ferner empfohlen, diese und die anderen offenen Fragen in überschaubaren und fachlich qualifizierten Arbeitsgruppen zu erörtern und die Ergebnisse in die schon bestehende Konsensgruppe einzubringen. Im Vordergrund sollte dabei die Definition von Tätigkeitsprofilen und Kompetenzprofilen stehen. Basis hierfür sollten wie erwähnt die AWMF-Leitlinien und die NATO-Leitlinien sein. Wie bei Leitlinien und Qualitätsstandards üblich, sollten sie nach 3 bis 5 Jahren überprüft und dem neuesten Forschungsstand und den Erfordernissen der Versorgung angepasst werden.

Daneben sollte ein juristisches Gutachten die Einbindung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die

Gefahrenabwehr und den Katastrophenschutz bearbeiten. In diesem Gutachten sollten auch Fragen der Haftung, der Schweigepflicht und des Datenschutzes in Abhängigkeit vom gewählten Modell der Integration in den Katastrophenschutz diskutiert werden.

Die Fragen nach Weisungsrecht und Fachaufsicht, Leitung- und Führungsfunktion, Mitarbeit im Stab und Hintergrunddienst sind nicht allein aus psychosozialer Perspektive zu diskutieren, sondern auch aus Sicht der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes. Eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zur Integration der PSNV sollte diese Fragen behandeln. Dabei sollte auch die Integration der PSNV in Landesgesetze zum Katastrophenschutz und die

Frage der Honorierung und Aufwandsentschädigung der PSNV-Einsätze erörtert werden.

Das Bundesamt hat durch seine sensible und kompetente Moderation das Vertrauen der beteiligten Interessengruppen erlangt. Es kann im föderalen System in vielen für den Katastrophenschutz relevanten Feldern jedoch nur Empfehlungen formulieren. Im Interesse der Sache und der Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung der Bevölkerung und der Einsatzkräfte sollten sich alle Bundesländer den bisher formulierten Vorschlägen und erzielten Konsensen anschließen. Das Mandat für die weitere Moderation des Prozesses sollte weiterhin beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe liegen.

Verfassende:

Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel
Dipl.-Psych. Katharina Becker

Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Tel.: +49 - (0)761-203-2122
Email: bengel@psychologie.uni-freiburg.de
Email: katharina.becker@psychologie.uni-freiburg.de
Web: <http://www.psychologie.uni-freiburg.de/>

Publikationen zum Konsensus-Prozess 2007-2010

- Beerlage, I. (2009): *Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung. Deutsche Kontroversen – Internationale Leitlinien*. In: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (Hrsg.): Schriften der Schutzkommission. Bd. 2.
- Beerlage, I. / Helmerichs, J. / Arndt, D. / Blank-Gorki, V. / Hering, T. / Springer, S. (2011): *Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)*. In: Trauma und Gewalt 5/2011, 222-235.
- Blank-Gorki, V. (2010): *Qualitätssicherung. Aktuelle Entwicklungen in der Psychosozialen Notfallversorgung*. In: Bevölkerungsschutz 1/2010, 32-34.
- Blank-Gorki, V. / Rebetez, D. / Helmerichs, J. (2010): *Psychologische Nothilfe und psychosoziale Notfallversorgung. Qualitätssicherung in der Schweiz und in Deutschland*. In: Bevölkerungsschutz 2/2010, 12-14.
- Blank-Gorki, V. / Karutz, H. (2010): *Qualitätssicherung in der psychosozialen Notfallversorgung. Der weite Weg zur Einheit*. In: Rettungs-Magazin 4/2010, 66-70.
- Blank-Gorki, V. / Karutz, H. / Helmerichs, J. (2012): *Bundeseinheitliche Standards bei der Psychosozialen Notfallversorgung. Ergebnisse eines Qualitätssicherungsprozesses auf Bundesebene*. In: Brandschutz 1/2012, 16-20.
- Blank-Gorki, V. (2011) *Psychosoziale Notfallversorgung: Gemeinsame Grundlagen für ein vielseitiges Feld*. In: Rettungsdienst 34/2011, 22-25.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2009): *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil I)*. In: Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 3.
- Helmerichs, J. / Blank, V. (2009): *Auf dem Weg zu bundeseinheitlichen Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)*. In: prävention 2/2009, 61-64.
- Helmerichs, J. (2009): *PSNV-Konsensus-Konferenz 2008*. In: KatMed (5) 2/2009, 24.
- Helmerichs, J. / Blank-Gorki, V. (2011) *Qualitätsstandards der Psychosozialen Notfallversorgung*. In: Ev. Akademie der Pfalz und Mannheimer Institut für Integration und interreligiösen Dialog (Hrsg.): Seelsorge im Aufbruch. Dokumentationsband.

Bildnachweis

Seite 1: BBK

Seite 11: BBK / K. Fröschke, O. Gansen und M. Kromm

Seite 12: BBK / K. Fröschke und M. Kromm

Seite 14: BBK / A. Fritsche und K. Fröschke

Titelbild: Fotosearch, u19741947, Lushpix Value

