

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Irmtraud Beerlage¹

¹ Berlin, Germany

Abstract

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bildet ein System psychosozialer Maßnahmen, Strukturen und Regelungen im Kontext der Gefahrenabwehr. Akteurinnen und Akteure agieren in der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie für Betroffene von Notfällen und Katastrophen sowie für Einsatzkräfte der zivilen Gefahrenabwehr nach psychisch belastenden Einsatzsituationen. Für Einsatzkräfte schließt sie auch Maßnahmen der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention ein. PSNV ist in das System der Gefahrenabwehr eingebettet. Ihr Ziel ist die Förderung der Verarbeitung der belastenden Erfahrungen, um anhaltende psychosoziale Belastungsfolgen zu vermeiden bzw. zu verringern.

Keywords: Psychosoziale Notfallversorgung, Bevölkerungsschutz, Katastrophenschutz, Zivilschutz, Psychosoziales Krisenmanagement

Einleitung

Die PSNV hat ihre Wurzeln in der Erkenntnis, dass von plötzlichen Todesfällen und weiteren Notfallereignissen Betroffene (zu ihnen werden Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und Vermisste gezählt) und Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen nicht nur medizinische und technische Hilfeleistungen benötigen, sondern auch auf der psychischen, sozialen und praktischen Ebene wirksame Hilfen zur Bewältigung der erschütternden und potenziell traumatisierenden Erlebnisse erfahren sollten.

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ist ein System psychosozialer Maßnahmen der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie im Zusammenhang mit Notfallereignissen wie Naturkatastrophen, Unfällen, Terrorakten sowie häuslichen Todesereignissen. Sie bietet ebenso Hilfen für Einsatzkräfte nach belastenden Einsatzsituationen, z. B. Einsätze mit vielen Toten und Verletzten, mit Kindern und bei eigener Lebensgefahr. Für Einsatzkräfte der Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Technisches Hilfswerk u. a.) schließt sie auch Maßnahmen der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention ein, z. B. die Vorbereitung auf belastende Einsatzsituationen und die generelle Förderung psychosozialer Gesundheit in der jeweiligen Einsatzorganisation [1].

Die PSNV ist interdisziplinär wissenschaftlich fundiert durch Erkenntnisse aus Psychologie, Medizin, Soziologie, Pädagogik, Recht etc. und wird interprofessionell in der Praxis der Gefahrenabwehr geleistet. Zugleich erfordert sie intersektorielle Kooperationen, insbesondere zwischen dem Innen- und Gesundheitsressort auf allen föderalen Ebenen sowie mit gesellschaftlichen Bereichen, in denen Unglücke eintreten (können).

Neben den PSNV-Angeboten umfasst die PSNV auch die Anbieterinnen und Anbieter mit spezifischen Qualifikationen (z. B. aus Notfallseelsorge, Krisenintervention im Rettungsdienst, Notfallpsychologie, psychosozialer Beratung und Psychotherapie u. v. m.). Sie schließt weitere Akteursgruppen ein wie politisch Verantwortliche oder Fachkräfte der Medien und Krisenkommunikation sowie die nutzenden und anbietenden Organisationen. Die PSNV-Gesamtstruktur umfasst ebenso politische, professionelle und ehrenamtliche Organisationsformen und -strukturen wie rechtliche Regelungen als strukturellen Rahmen für alle Maßnahmen.

Ziele der PSNV

Das Ziel der PSNV-Maßnahmen besteht darin, die Verarbeitung eines Notfallereignisses oder belastenden Einsatzes durch Ressourcenstärkung und -ergänzung zu ermöglichen, zu unterstützen sowie anhaltende psychische und soziale Belastungen zu vermeiden und/oder abzupuffern. Die Stärkung der individuellen und sozialen Bewältigungsressourcen, die Förderung der [Resilienz und Schutzfaktoren](#) [2] sowie die Prävention psychischer Traumafolgestörungen ist darin ebenso eingeschlossen wie das

Ziel, Menschen im individuellen und sozialen Bewältigungsprozess zu stärken, ihnen erforderliche Hilfen/Beratung sowie durch Früherkennung rechtzeitige und angemessene Behandlung zukommen zu lassen, wenn diese psychische Störungen mit Krankheitswert herausgebildet haben [3]. Die PSNV berücksichtigt dabei, dass sich psychosoziale Bedürfnisse im Verlauf der Bewältigung verändern und dann entsprechend differenzierte, aufeinander folgende oder auch parallel bestehende unterschiedliche Hilfsangebote erforderlich werden können.

Die PSNV ist eingebettet in das Psychosoziale Krisenmanagement (PsychKM) [4]. Zum einen wird darin die Stärkung der individuellen und sozialen Notfallbildung und -kompetenz im Vorfeld von Notfällen eingeschlossen, um die individuelle Resilienz sowie die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften zu fördern [5], [6]. Dies erfordert eine organisationsübergreifende Veränderung von Bildungshaltungen und -prozessen [7], [8].

Zum Psychosozialen Krisenmanagement zählt zudem die Gestaltung der Risiko- und Krisenkommunikation [9] ([Risikokommunikation](#)) unter psychosozialen Gesichtspunkten, damit Informationen die Menschen verständlich und schnell erreichen und sie nicht zusätzlich beunruhigen [10]. Auch die Stärkung der Kompetenzen von Einsatz- und Führungskräften in der Führung und (interorganisationalen) Kommunikation im Wach- und Einsatzdienst zählt dazu [11], [12], [4].

Die PSNV zählt mittlerweile in Deutschland zum Versorgungsstandard in der zivilen und militärischen Gefahrenabwehr und hat in zahlreiche Felder ausgestrahlt, in denen Notfälle, Gefahren und Gewalt erfahren werden können (z. B. wie dem Justiz-, Umwelt- und Bildungssystem, Verkehrswesen, humanitäre Hilfen, innerklinische Medizinische Versorgung). Auch international gilt sie als integraler und interdisziplinärer Bestandteil des Krisenmanagements unter Berücksichtigung der Selbsthilfekompetenzen in den betroffenen Gemeinden und Gemeinschaften. Grundsätzlich ist ihr Handeln ressourcenkomplementär angelegt: die PSNV-Kräfte respektieren und stärken bestehende Bewältigungsressourcen oder ergänzen sie. Nur im Fall eines psychiatrischen Notfalls, etwa einer Selbst- und Fremdgefährdung mit einem Versagen der Selbststeuerung nach Notfallerfahrungen, handelt sie stellvertretend für die Betroffenen [13], [14], [15], [16], [17], [18].

Entwicklungslinien in der Praxis

Das Spektrum der Angebote für die betroffene Bevölkerung (PSNV-B) entwickelte sich ab Ende der 1980-er Jahre [19], [20], [21]. Das Flugschau-Unglück von Ramstein 1988, offenbarte erstmalig, dass Betroffenen nach katastrophalen Ereignissen einer kurz- und langfristigen koordinierten psychosozialen Begleitung bedurften [22].

Es zeigte sich zudem bei nachfolgenden Großschadenslagen, dass eine große Zahl von PSNV-Angeboten mit unterschiedlichen Hintergründen und Ausbildungen zu koordinieren waren, die z. B. auf kirchlichen, organisationsspezifischen und föderalen Strukturen basierten und die heterogene Bezeichnungen, Arbeitsweisen und Kennzeichnungen im Einsatz nutzten. Durch „Selbstalarmierung“ von PSNV-Teams (mit Einsatzerfahrung) kam es zu Koordinationsproblemen, zu regionaler Über- oder Unterversorgung und/oder auch zu einer Fehlversorgung mit nicht zielgruppenadäquaten Maßnahmen. Zudem boten sich spontan Kräfte aus der regulären psychosozialen Praxis an, die keinerlei Einsatzerfahrung aufwiesen, in Führungsstrukturen der Gefahrenabwehr zu handeln (sogenannte Feldkompetenz). Vernetzung und bessere Koordinierung sollten hier Abhilfe schaffen [23].

Für Einsatzkräfte standen ab Beginn der 1990-er Jahre Seelsorgerinnen und Seelsorger in Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst, weitere interne, für die Einsatznachsorge qualifizierte und beauftragte „psychosoziale Fachkräfte“ sowie ehrenamtlich engagierte Peers (speziell psychosozial geschulte Einsatzkräfte) zur Verfügung.

Die Angebote für Einsatzkräfte werden heute unter der Bezeichnung PSNV-E zusammengefasst. Sie entwickelten sich aus dem in den USA entwickelten System des Critical Incident Stressmanagements (CISM) weiter [24]. Das CISM basiert auf dem Präventionskonzept von Caplan [25]; [26] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)) und bildet seit 1990 die Grundlage für die Einsatzvorbereitung und -nachsorge (siehe auch [SbE e.V.: Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen](#)).

Insbesondere nach dem ICE-Unglück von Eschede 1998 strebten zahlreiche Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben die feste Implementierung des CISM als Element der Arbeitgeberfürsorge an. Jedoch war der Implementierungsprozess verzögert, weil zu diesem Zeitpunkt widersprüchliche Ergebnisse zur Wirksamkeit bzw. Schädlichkeit strukturierter Einsatznachsorgegespräche vorlagen [27], [28]. Die Behörden forderten erstmals im Jahr 2000

Wirksamkeitsbelege sowie Qualitätsstandards in Ausbildung und Einsatz – zunächst nur bezogen auf die von ihnen verantworteten Angebote der PSNV-E. Sie forderten auch Standards für die länderübergreifend harmonisierte strukturelle Einbindung der PSNV in die Einsatz-Führungsstrukturen [29].

Entwicklungslinien im politischen System des Zivil- und Katastrophenschutzes/Bevölkerungsschutzes

Einige Großereignisse zu Beginn der 2000-er Jahre stießen politische Veränderungen im Zivil- und Katastrophenschutz an, die es erst ermöglichten, dass auf Bundesebene im Auftrag der Länder für die Länder länderübergreifende Harmonisierungsprozesse durch Forschung unterstützt werden konnten. Dies betraf auch die PSNV und machte erst den Prozess der Leitlinienentwicklung möglich. Einige Impulse seien hier besonders hervorgehoben:

- Der Terroranschlag vom 11. September 2001, bei dem zunächst unklar war, ob es sich um einen Verteidigungsfall handelte, führte die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Zusammenarbeit von Kräften des Zivilschutzes (Schutz der Zivilbevölkerung bei militärischen Angriffen auf der Ebene des Bundes, Art. 73 Grundgesetz) und des Katastrophenschutzes in der Verantwortung der Länder (Artikel 70 Grundgesetz) vor Augen. Erst auf einer solchen Grundlage könnten alle verfügbaren Helferinnen und Helfer eingesetzt und deren Zusammenarbeit reibungslos gestaltet werden.
- Beim Elbe-Mulde-Hochwasser im Sommer 2002 wurde offenbar, dass es eines länderübergreifend harmonisierten Vorgehens im Katastrophenschutz bedurfte. Die erforderliche Zusammenarbeit in der PSNV an den europäischen Grenzen zu Tschechien und Österreich warf damals noch keine strukturellen Fragen auf; die Helferinnen und Helfer lösten diese spontan vor Ort.
- Der Amoklauf am Erfurter Gutenberg-Gymnasium am 26. April 2002 machte deutlich, dass trotz der historisch begründeten grundgesetzlichen Trennung von polizeilicher und nicht-polizeilicher Gefahrenabwehr im Einsatz auch in psychosozialen Fragen das Handeln besser koordiniert werden musste – etwa durch koordinierte Angebote der Einsatznachsorge für polizeiliche und nichtpolizeiliche Einsatzkräfte und ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Betreuung und Zeugenbefragung.

Diese Herausforderungen und Erfahrungen veranlassten die Innenminister der Länder und des Bundes im Juni 2002 zur Verabschiedung der „Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung“ [23]). Darin wurde eine engere Zusammenarbeit des Zivilschutzes und des Katastrophenschutzes sowie eine verbesserte und harmonisierte länderübergreifende Zusammenarbeit bei Großunglücken und großflächigen Gefahrenlagen beschrieben. Sie wurde im neuen Zivilschutz- und Katastrophenhilfe-Gesetz (ZSKG) im Jahr 2009 auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern sowie die harmonisierte länderübergreifende Zusammenarbeit in der nichtpolizeilichen und nichtmilitärischen Gefahrenabwehr wird darin unter dem Begriff des Bevölkerungsschutzes zusammengeführt: „Der Bevölkerungsschutz umfasst nichtpolizeiliche und nichtmilitärische Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung und ihrer Lebensgrundlagen (...) auch Maßnahmen zur Vermeidung, Begrenzung und Bewältigung der genannten Ereignisse“ [30]. Im ZSKG erhält der Bund mehr Kompetenzen. Er kann die Länder bei einer Naturkatastrophe, besonders schweren Unglücksfällen und bei großflächigen Gefahrenlagen unterstützen sowie ressourcenergänzende bzw. koordinierende Maßnahmen der Katastrophenhilfe leisten.

Erst vor dem Hintergrund der erweiterten Kompetenzen des Bundes im Katastrophenschutz der Länder konnte 2002 das Zentrum für Zivilschutz (später Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – BBK) den Auftrag der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (kurz: Innenministerkonferenz) erhalten, Forschungsaufträge zur Qualitätssicherung, Vernetzung, Organisation und strukturellen Einbindung der PSNV zu vergeben und damit eine fachliche Dienstleistung für die Länder zu erbringen. Damit waren die Voraussetzungen für einen Forschungs- und Qualitätsentwicklungsprozess in der PSNV angesiedelt auf der Bundesebene für die Bundesländer geschaffen.

Seit 2004 nimmt das BBK auf der gesetzlichen Grundlage des ZSKG als Oberbehörde für Bund und Länder eine zentrale fachliche Rolle in Forschung, Ausbildung und Innovation ein. Die Forschungsbegleitung zur Qualitätssicherung in der PSNV wurde nahtlos im neuen Bundesamt weitergeführt.

Entwicklungslinien in der Forschung

Für die Entwicklung des Systems der PSNV war die Forschung im Auftrag des BBK von entscheidender Bedeutung. Drei Forschungsaufträge sollten ab 2002

- die Wirksamkeit der einsatzvorbereitenden Maßnahmen und
- die Wirksamkeit der strukturierten Einsatznachsorgegespräche untersuchen (Butollo et al., 2012) sowie
- Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung [31] entwickeln.

Anfangs sollten sich die Projekte nur auf die Qualitätssicherung und strukturelle Einbindung der auf extreme Einsatzsituationen fokussierten Maßnahmen für Einsatzkräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr beschränken. Dies war aus der politischen Zuständigkeit des Bundes(-amtes) für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr zu erklären. Der Fokus lag aus pathogenetischer Perspektive auf der Prävention der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Überlegungen zur Angebotsplanung trugen noch starke Züge einer paternalistisch verstandenen Versorgungslogik. Im Forschungsprozess erfolgten aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive Erweiterungen des Auftrags, der Perspektiven und damit verbunden auch eine Erweiterung der zu beteiligenden Partner [32].

- **Erweiterung der berücksichtigten Zielgruppen:** Wegen der im Einsatz bestehenden engen Zusammenarbeit der polizeilichen und nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr wurden Empfehlungen für die PSNV-E der gesamten zivilen Gefahrenabwehr erarbeitet. Es wurde der koordinierte Einsatz aller verfügbaren und teilweise für multiple Aufgaben qualifizierten PSNV-Kräfte in einem integrierten und zugleich arbeitsteiligen Gesamtsystem der PSNV-E und PSNV-B empfohlen.
- **Erweiterung des klinischen Trauma-Fokus zu einem umfassenden Verständnis von Erfahrungsverarbeitung:** Ein stresstheoretisch bzw. salutogenetisch fundiertes Verständnis von Krise und Bewältigung führte zur stärkeren Berücksichtigung von personalen, sozialen und organisationalen Ressourcen und zur Wahrnehmung der Betroffenen als aktive, zur Selbsthilfe und sozialen Unterstützung fähige Menschen.
- **Erweiterung der Angebotslogik:** Die Konzeptualisierung der Betroffenen als aktiv Bewältigende führte auch von der Bedarfsorientierung zur Bedürfnisorientierung in der Maßnahmenplanung. Der mehr oder weniger ressourcengestützte Bewältigungsweg und die darin entstehenden vielgestaltigen (Beratungs-)Bedürfnisse und Belastungsfolgen erforderten ressourcenkomplementäre (ggf. auch parallele) Unterstützungsformen im sozialen Netzwerk, in Beratungsangeboten, aber auch in der Psychotherapie.
- **Erweiterung des Kooperationspektrums in der Nachsorge:** Aus der Notwendigkeit einer engeren Verzahnung der notfall- und einsatznahen Angebote mit dem psychosozialen Beratungssystem und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst [33] ([Öffentlicher Gesundheitsdienst \(ÖGD\) und Gesundheitsförderung](#)) wurde der Aufbau verbindlicher Kooperationen mit dem System der Beratungsstellen, Krisendiensten, kommunalen Behörden und der psychotherapeutischen Versorgung abgeleitet. Daraus ergab sich deren Einbeziehung in den Prozess der Forschungsbegleitung und Leitlinienentwicklung.
- **Erweiterung des Verständnisses der Förderung psychosozialer Einsatzkräftegesundheit:** Die auf Maßnahmen der Vorbereitung auf belastende Einsätze beschränkte psychosoziale Primärprävention wurde als nicht ausreichend kritisiert und die Einbettung eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements empfohlen. Alltagsbelastungen und das arbeitsbezogene Wohlbefinden fanden verstärkte Aufmerksamkeit.
- **Präzisierung der spezifischen Leistungsfähigkeit von vertikaler und horizontaler Vernetzung im „Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung“:** Im Dienste der Beschreibung arbeitsteiliger Zuständigkeiten in der Implementierung einer qualitätsgestützten PSNV wurden die vertikale Vernetzung für strukturellen Entscheidungen im föderalen politischen System der Innen- und Gesundheitsministerien von der horizontalen Vernetzung in Fachaustausch und Zusammenarbeit unterschieden und spezifische Aufträge definiert.

Die wissenschaftlich begründeten Empfehlungen beschrieben unter Einbeziehung internationaler Leitlinien das Selbstverständnis, die Terminologie, die Struktur und die zu treffenden Regelungen der PSNV [31]. Sie bildeten die Grundlage für einen zwischen 2007 und 2010 vom BBK moderierten Konsensusprozess. Dass innerhalb einer vergleichsweise kurzen Zeit von acht Jahren zwischen Forschungsstart und Konsentierung von Leitlinien ein breiter Konsens unter 120 Delegierten aus 45 Organisationen hergestellt werden konnte, kann auf die bereits im forschungsbegleitenden Arbeitskreis erfolgte Partizipation eines breiten Spektrums von Akteurinnen und Akteuren zurückgeführt werden.

Dazu zählten Bundes- und Landesministerien, Behörden und Organisationen der Gefahrenabwehr, Kirchen, Kammern und Fachverbände, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Anbietersysteme der Einsatznachsorge und Krisenintervention.

Die Partizipation förderte organisationsübergreifend die nachhaltige Vernetzung und die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache. Der Forschungs- und Konsensusprozess trug die Merkmale eines gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozesses [34] ([Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung](#)), [35]. Die Ergebnisse parallel zum Konsensusprozess verlaufender Forschungsprojekte nach 2007 fanden unmittelbar Eingang in das abschließende Konsensuspapier und etablierten ein gesundheitswissenschaftlich erweitertes Verständnis der psychosozialen Einsatzkräftegesundheit [36].

Im Ergebnis wurden Qualitätsstandards und Leitlinien für eine koordinierte, strukturell eingebundene, qualitätsgesicherte sowie länder-, organisations- und ressortübergreifende Angebotsstruktur verabschiedet und im Sinne einer Selbstverpflichtung unterzeichnet [37].

Nach dieser Forschungs- und Konsensusphase wurden weitere Forschungsprojekte durchgeführt, um die Maßnahmen für einzelne Zielgruppen und Ereignisarten zu spezifizieren. Nach 2010 wurde die Notwendigkeit der Anpassung der Maßnahmen an die besonderen Bedarfe von Kindern, Menschen mit Sinnes- oder kognitiven Beeinträchtigungen und Menschen mit Sprachbarrieren oder Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen untersucht [38], (BBK, 2017), [39]. Ebenso wurden die besonderen Realisierungsmöglichkeiten der PSNV in chemischen, biologischen, physikalischen, radiologischen und nuklearen Lagen untersucht [40]. Für Einsatzorganisationen folgten die Entwicklung wissenschaftlicher Empfehlungen zur Umsetzung (z. B. [41]).

Grundannahmen und Maßnahmen der PSNV

Die skizzierten fachlichen Entwicklungen fundierten das konsentierte Selbstverständnis der PSNV. Das psychosoziale Verständnis der Belastungsverarbeitung schlägt sich in den Leitlinien und Qualitätsstandards als Vereinbarung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten, ressourcenkomplementären, interdisziplinären und gestuften Praxis nieder: „Grundannahme der PSNV ist es, dass zur Bewältigung von psychosozialen Belastungen und kritischen Lebensereignissen zunächst personale Ressourcen (...) und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netz der Betroffenen aktiviert werden. Maßnahmen der PSNV wirken ergänzend oder substituierend im Fall des (zeitweisen) Fehlens oder Versiegens dieser Ressourcen.“ ([37], S. 20). „Unterstützung und Hilfe sollen umso aktiver, aufsuchender und niedrigschwelliger angeboten werden, je belasteter und ressourcenärmer betroffene Menschen sind. Mit jedem Angebot von Unterstützung, Hilfe oder Intervention sollte zugleich auch ein hoher Respekt vor den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen, vor ihrem soziokulturellen „Eigen-Sinn“ und den Interaktionsgewohnheiten in ihren jeweiligen Lebenswelten verbunden sein“ ([42], S. 16), [43] ([Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung](#)).

Die zeitlich gestuften Maßnahmen der PSNV-B und PSNV-E richten sich an den unterschiedlichen Dynamiken des Belastungserlebens und an den Bedürfnissen der Betroffenen aus. Aus ihnen leitet sich der jeweils zu deckende Bedarf ab.

Die PSNV-Maßnahmen tragen der Tatsache Rechnung, dass sich die Ausgangsbedingungen und Bedürfnisse sowie Perspektiven der unterschiedlichen Betroffenenengruppen unterscheiden.

Sie sind daher untergliedert in

- Maßnahmen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende (PSNV-B) und
- Maßnahmen für Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, des Katastrophenschutzes, der Polizeien, des Technischen Hilfswerkes und bei Zustandekommen von Unterstützungsleistungen auch der Bundeswehr (PSNV-E).

Es handelt sich um getrennte Angebotsbereiche mit spezifischen Maßnahmen, die jeweils spezifische Qualifikationen und Kompetenzen und Strukturen erfordern, aber im Einsatz zusammengeführt und koordiniert werden. In einem Einsatz darf eine doppelt qualifizierte Person nie Maßnahmen für beide Zielgruppen durchführen.

Maßnahmen der PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende (PSNV-B)

Im Rahmen der rettungsdienstlichen Maßnahmen sind es vor allem die Einsatzkräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst, die im Rahmen der Versorgung neben der medizinischen Ersten Hilfe auch eine Psychische Erste Hilfe (PEH) [44] leisten. Daher sehen die Leitlinien vor, Kompetenzen in der Psychischen Ersten Hilfe in der Ausbildung zu vermitteln. Es konnte gezeigt werden, dass subjektiv erlebte sozio-emotionale Kompetenzdefizite das Traumatisierungsrisiko der Einsatzkräfte erhöhen [45], [46], [27], [28].

Die weiterführende Psychosoziale Akuthilfe (PAH) leisten danach in einem Zeitfenster von Stunden bis zu wenigen Tagen die Kräfte der Notfallseelsorge, der Kriseninterventionsteams oder der Notfallpsychologie. Sie erfassen die emotionalen, sozialen, spirituellen und praktischen Bedürfnisse der Betroffenen, ermitteln die Ressourcen- und Belastungsprofile, ermutigen zu Aktivitäten, die die Betroffenen selbst angehen können, leiten aus den fehlenden Ressourcen den notwendigen Hilfebedarf ab und (beg)leiten die Betroffenen in das geeignete Unterstützungs-, Hilfe oder Behandlungssystem. Dieses geht über psycho-soziale Beratungsangebote und Psychotherapie deutlich hinaus und schließt z. B. auch die häufig erforderliche finanzielle, rechtliche und administrative Beratung mit ein.

Psychische Erste Hilfe und Psychosoziale Akuthilfe sollen im gesamten Spektrum von Maßnahmen vor allem fünf Bedürfnisse erfüllen: die Bedürfnisse nach Sicherheit, Beruhigung, Wiedererlangung der Selbstwirksamkeit/Kontrolle, nach Verbundensein mit Nahestehenden und nach Zuversicht [47]. Eine wichtige Rolle spielen dabei neben den Aufgaben der Psychoedukation auch die Vermittlung von validen Informationen zum aktuellen Handeln der Behörden, zu bevorstehenden Schritten und Aufgaben [20].

Nur sehr wenige Menschen weisen in der Akutsituation Merkmale eines psychiatrischen Notfalls oder von krankheitswertigen akuten Belastungsreaktionen auf [14]. Auch können psychische Traumafolgestörungen in den ersten Stunden und Tagen in der Regel nicht diagnostiziert werden (Zeitkriterium der Diagnosen). Das hieße dann, dass heilkundliche (ärztliche und psychologische psychotherapeutische) Maßnahmen in der Akutphase am Ort des Schadensereignisses eigentlich nicht benötigt würden. Um aber Menschen gerecht werden zu können, die bereits vor dem Ereignis psychische Störungen oder gar Vortraumatisierungen aufwiesen, sollte ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Hintergrunddienst in der Akutphase erreichbar sein – auch falls eine rasche diagnostische Abklärung oder ein diagnostisches Screening benötigt wird [37], [28].

Nach Notfallerfahrungen und extrem belastenden Einsatzsituationen können im weiteren Leben mit dem Erfahrenen auch langfristig punktuell, wellenförmig oder chronisch psychosoziale Hilfebedarfe entstehen. Daher sollten mittel- und langfristig unterschiedliche Angebote zur Verfügung stehen: Bei psychischen Traumafolgestörungen sollten ärztliche und psychologische psychotherapeutische Interventionen bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (mit dem Schwerpunkt Traumatherapie) vermittelt und angeboten werden. Gleichzeitig oder unabhängig davon kann der Bedarf entstehen, psychosoziale Hilfen in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und/oder Ämtern (psychosoziale Beratungsstellen, Sozial-, Gesundheits- und Versorgungsämter, Selbsthilfegruppen etc.) neben der sozialen Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen.

Maßnahmen der PSNV für Einsatzkräfte (PSNV-E)

In analoger Weise sind auch die PSNV-Maßnahmen für die Einsatzkräfte gestuft. Eine größere Bedeutung kommt hier allerdings der Einbettung in den Gesundheits- und Arbeitsschutz und die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber mit den entsprechenden internen Ressourcen und Diensten zu: psychosoziale Kompetenzen der Führungskräfte, Peers sowie psychosoziale und medizinische Dienste. Für die Einsatzkräfte sind Maßnahmen umfassender alltagsbezogener psychosozialer Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements [48] ([Betriebliche Gesundheitsförderung](#)) vereinbart, in das die Vorbereitung auf belastende Einsätze integriert ist [37].

Psychosozial besonders belastende Einsätze sollten in Form einer zurückhaltenden Anwesenheit von Peers (kollegialen Ansprechpartnern) und psychosozialen Fachkräften begleitet werden (Einsatzbegleitung). Zwei und mehr Wochen nach dem extrem belastenden Einsatz sollten nach einer entsprechenden Bedürfnis- und Bedarfserhebung Einzelberatungs- und Gruppennachsorgegespräche auf freiwilliger Basis angeboten werden. Belastete Einsatzkräfte, die daran nicht teilnehmen, können auch im Rahmen der nachgehenden Fürsorge von Vorgesetzten und Peers erreicht werden. Auch hier

sollen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und verfügbaren personalen und sozialen Bewältigungsressourcen in privaten und kollegialen sozialen Netzwerken weiterführende Hilfebedarfe eruiert und vermittelt werden [37].

Strukturelle Komponenten der PSNV

Neben den PSNV-Angeboten umfasst die PSNV-Gesamtstruktur alle Akteurinnen und Akteure sowie Anbieter, die beteiligten Organisationen, die politischen, professionellen und ehrenamtlichen Organisationsformen und -strukturen dieser Angebote sowie rechtliche Regelungen. Diese bilden den strukturellen Rahmen für die konkreten PSNV-Maßnahmen. Mittlerweile können auch Leitlinien und anbieter- bzw. organisationsübergreifende Vereinbarungen zu Ausbildungscurricula und Arbeitsprinzipien zum fachlichen Rahmen der PSNV gezählt werden [28], [49], [50].

Auf Länderebene wurden die bundesseitig erarbeiteten Empfehlungen zur Einbindung der PSNV in die Führungsorganisation (mit landesspezifischen Adaptationen) übernommen. PSNV-Führungskräfte werden als Dienstleistung des Bundes für die Länder in der dem BBK zugehörigen Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung (BABZ) qualifiziert [41]. Nach größeren Notlagen (überregional, große Anzahl an Betroffenen etc.) mit anhaltendem PSNV-Bedarf kann über den Gefahrenabwehreininsatz hinaus eine anlassbezogene Koordinierungsstelle PSNV in der Verantwortung des Bundeslandes eingerichtet werden, die mindestens bis über den ersten Jahrestag des Ereignisses hinaus alle erforderlichen Hilfen koordiniert. Hier ist eine enge Kooperation mit dem Gesundheitsressort und seinen Angeboten der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Regelversorgung erforderlich. Darüber hinaus sind je nach Ereignis Kooperationen mit weiteren Ressorts erforderlich (Bildung, Verkehr, Justiz, Auswärtiges Amt etc.) [31], [37].

Für die Organisation der PSNV im Vorfeld sind mittlerweile in allen Bundesländern Landeszentralstellen PSNV (LZSt PSNV) oder Ansprechpartner PSNV etabliert worden. Sie fungieren als Knotenpunkte der Information und Vernetzung auf Landesebene. Als Ansprechstellen in den organisationsübergreifenden und föderalen politischen Strukturen von Bund und Ländern bereiten sie leistungsfähige Kooperationsstrukturen vor, stellen die vertikale Vernetzung mit den Ministerien auf Landes- und Bundesebene sicher und fördern die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung. Im Ereignisfall können sie die anlassbezogene Koordinierungsstelle PSNV unterstützen oder (in einzelnen Bundesländern) deren Funktion nach gesonderter anlassbezogener Beauftragung übernehmen.

Die Perspektiven und Empfehlungen des BBK-Konsensusprozesses haben Eingang gefunden in die S2k-Leitlinie „Akuttrauma“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachverbände (AWMF) [28]. Sie richtet sich nicht nur an approbiertes ärztliches und psychologisches Personal, sondern auch an ehrenamtliche Kräfte der psychosozialen Akuthilfe und weiterer Hilfesysteme.

Die zentralen Begrifflichkeiten der PSNV-Angebote wurden aufgenommen in die DIN-Norm 13050:2015-04 und aktualisiert in der DIN-Norm 13050:2021-10 (Begriffe im Rettungswesen). Die Maßnahmen der PSNV-E sind im Arbeitsschutzgesetz sowie dem SGB VII rechtlich verankert und wurden in die Selbstverpflichtungen der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren (AGBF), des Deutschen Feuerwehrverbandes (DFV) und aller Hilfsorganisationen übernommen. Maßnahmen der PSNV-B sind jedoch noch nicht in allen Bundesländern gesetzlich verankert, so dass die Anbieter der Psychosozialen Akuthilfe trotz belegter „Not-Wendigkeit“ noch ohne spezifische Rechtsgrundlage agieren.

Berlin stellte als erstes Bundesland die Psychosoziale Notfallversorgung 2021 auf eine rechtliche Grundlage (PSNG). In einzelnen Bundesländern (z. B. Bayern, Thüringen) sind Psychosoziale Notfallversorgungsgesetze in Vorbereitung.

Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung auf andere Handlungsfelder mit Traumatisierungspotenzial

Während die aus gesundheitspsychologischen und psychotraumatologischen Rahmentheorien und Daten abgeleiteten Handlungsprinzipien – bedürfnis- und bedarfsgerecht, ressourcenkomplementär, gestuft und interdisziplinär – auch auf Maßnahmen anlässlich potenziell traumatisierender Ereignisse in anderen Settings übertragen werden können, sind die strukturellen Komponenten der PSNV aus dem Kontext der Gefahrenabwehr nicht einfach auf andere Kontexte zu übertragen.

Gegenwärtig (Stand 2025) wird die Übertragbarkeit auf innerklinische Krisenhilfen in der medizinischen Versorgung insbesondere im Zusammenhang mit Pandemien und dem Massenansturm von Verletzten auf

Maßnahmen für Betroffene nach Terroranschlägen im System der Justiz, auf Krisenhilfen in Bildungskontexten und das Bedrohungsmanagement in allen Settings intensiv diskutiert. Die jeweiligen Systemspezifika müssen dabei zukünftig berücksichtigt und die Durchführung der Maßnahmen unter anderen Systembedingungen evaluiert werden. Ohne die Vereinbarung klarer struktureller, rechtlich und politisch verankerter Regelungen und gemeinsamer Standards können die Maßnahmen nicht konsensuell, dauerhaft und erfolgreich implementiert, koordiniert und fachlich weiterentwickelt werden [51].

Internationalisierung

In die Leitlinienentwicklung und den Konsensusprozess wurden bestehende internationale Leitlinien einbezogen und vor dem Hintergrund des theoretischen Rahmenmodells auf ihre Übertragbarkeit geprüft [42]. Zudem waren Vertreterinnen und Vertreter der ebenfalls föderal strukturierten deutschsprachigen Nachbarländer Österreich und Schweiz unmittelbar in den Konsensusprozess einbezogen [37]. Dort sind in der Akutphase nach Notfallereignissen – vergleichbare PSNV-Strukturen etabliert. In der Folgezeit haben auch fachliche Austauschprozesse mit weiteren Ländern stattgefunden, z. B. mit Frankreich und Luxemburg. Dies erfolgte häufig anlässlich von Ereignissen, bei denen deutsche Bundesbürger zu den Notfallbetroffenen im Ausland zählten.

Im Rahmen des von der EU-geförderten Projektes „European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation“ [52] wurden auch zielgruppenspezifische Manuale unter breiter europäischer Beteiligung entwickelt. In diesem Kontext vernetzte das europäische Forschungsprojekt EUNAD-IP (European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster; BBK, 2017) Expertisen aus Österreich, Tschechien, Norwegen sowie Dänemark und bezog unter der Federführung des BBK Experten aus Israel, Spanien, Luxemburg und den Niederlanden ein. PSNV-Leitlinien für den gesamten Schengen-Raum bzw. die Europäische Union mit den jeweiligen unterschiedlichen Strukturen in Gefahrenabwehr und psychosozialer Versorgung existieren noch nicht.

Ausblick

Der Entwicklungsprozess der PSNV ist noch nicht abgeschlossen. Evaluationen der Maßnahmen und der Leistungsfähigkeit der Strukturen sind erforderlich. Neue (Groß-)Unglücke und sich verändernde Rahmenbedingungen, vorrangig im Zivilschutz, lassen immer wieder neuen Klärungsbedarf erkennen. Das Erfahrungswissen der Pionierinnen und Pioniere in Notfallseelsorge und Krisenintervention sowie das neben Krisenpsychologie und Psychotraumatologie bedeutsame gesundheitswissenschaftliche Begründungswissen für die entstandenen Strukturen sollten trotz des Generationenwechsels und notwendiger Weiterentwicklungen ebenso nicht verloren gehen.

Die verstärkte Berücksichtigung der Ressourcen der Sozialen Netzwerke für die Bewältigung von Krisen und Notfällen hat wichtige Impulse für die Forschung z. B. [53] aber auch praktische und politische Bemühungen zur Bevölkerungsschutzbildung (BBK, 2017) zur Risikokommunikation [54] sowie zur Stärkung der Community Resilience angestoßen. Hier kann die Gesundheitsförderung mit ihrem Menschenbild, ihrem Bildungs- und Veränderungsansatz einen Beitrag zur Förderung der Psychosozialen Notfallkompetenz der Bürgerinnen und Bürger leisten, damit auch sie in Notfallsituationen bereitwillig, unerschrocken und kompetent emotionale Unterstützung leisten können.

Internetadressen:

- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB). Available from: <https://www.asb.de>
- Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund). Available from: <https://www.agbf.de>
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Available from: <https://www.bdp-verband.de>
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Available from: <https://www.bbk.bund.de>
- Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW). Available from: <https://www.thw.de>
- Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE). Available from: <https://www.sbe-ev.de>
- Johanniter. Available from: <https://www.johanniter.de>
- Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG). Available from: <https://www.dlrg.de>

- Deutscher Feuerwehr Verband. Available from: <https://www.feuerwehrverband.de>
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK). Available from: <https://www.drk.de>
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Available from: <https://www.degpt.de>
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Available from: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>
- Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD). Available from: <https://www.malteser.de>
- Notfallseelsorge der Kirchen in Deutschland. Available from: <https://www.notfallseelsorge.de>

Literatur:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Assisting People with Disabilities in Case of Disaster. European Network for Psychosocial Crisis Management. Vol. ;14. 2017 [accessed 1925 Jan 15]. (Science Forum; 14). Available from: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/EN/Mediathek/WF/assisting-people-with-disabilities-caseofdisaster.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Forum Bevölkerungsschutzpädagogik 2017. Handlungsempfehlungen und Ergebnisse. Bonn; 2017.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) Grundgesetz mit Europäische Menschenrechtskonvention & EU-Grundrechte-Charta. Berlin: epubli; 2021.
- Hering T. Gesunde Organisationen im Rettungsdienst. Vol. ;11. Marburg: Tectum; 2009. (Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag, Reihe Psychologie; 11).
- Psychosoziales Notfallversorgungsgesetz (PSNVG). Gesetz über die psychosoziale Notfallversorgung für das Land Berlin. Vom 27. August 2021. GVBl. Nr. 68 vom 10.09.2021 S. 1000. Gl.-Nr.: 2127-19. 2021 Aug;2127–46.

References

1. Beerlage I, Helmerichs J, Arndt D, Blank-Gorki V, Hering T, Springer S. Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung. Trauma Gewalt. 2011;5(3):222–35.
2. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0)
3. Beerlage I, Helmerichs J, Waterstraat F, Bellinger MM. Management der Psychosozialen Notfallversorgung in Großschadens- und Katastrophenlagen. In: Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern, editor. Katastrophenmedizin: Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Berlin; 2010. p. 131–50.
4. Helmerichs J, Karutz H, Geier W. Psychosoziales Krisenmanagement. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 285–300. (SpringerLink Bücher).
5. Knauer G, Beerlage I. Stärkung der psychosozialen Notfallkompetenz – gemeinsame Aufgabe für PSNV und Notfallvorsorge. Bevölkerungsschutz. 2020;(1):24–9.
6. Beerlage I. Persönliche und gemeinschaftliche Vorsorge. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 141–3. (SpringerLink Bücher).
7. Karutz H, Mitschke T. Pädagogik und Bildungsverständnis im Bevölkerungsschutz. Bevölkerungsschutz. 2018;4:2–7.
8. Guerrero Lara A, Gerhold L. Bildung im Bevölkerungsschutz Teil 1: Bildungsatlas Bevölkerungsschutz – strukturelle Merkmale der Bildung im Bevölkerungsschutz. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;26. Bonn; 2020. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 26).
9. Ruhrmann G, Guenther L. Risikokommunikation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I103-2.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I103-2.0)
10. Geenen EM. Risikokommunikation. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin,

- Heidelberg: Springer; 2017. p. 138–41. (SpringerLink Bücher).
11. Beerlage I. Prävention und Gesundheitsförderung bei Einsatzkräften. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 166–78. (SpringerLink Bücher).
 12. Hering T, Beerlage I, Kleiber D. Organisationsklima und Gesundheit – Handlungsebenen zur Burnoutprävention und Förderung des Engagements im Rettungsdienst. *Präv Gesundheitsf.* 2010 May;5(2):64–74. DOI:[10.1007/s11553-009-0211-z](https://doi.org/10.1007/s11553-009-0211-z)
 13. Seynaeve GJR. Psycho-social support in situations of mass emergency. A European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Brussels: Ministry of Public Health; 2001. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Belgium/cpact03h-en.pdf>
 14. North Atlantic Treaty Organization (NATO). Psychosocial care for people affected by disaster and major incidents. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disaster and terrorism. Non-binding Guidance. NATO/EAPC UNCLASSIFIED. NATO Joint Medical Committee. September 2008. 2008 Jun.
 15. Inter Agency Standing Committee (IASC). Operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19-pandemic. 2020 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>
 16. Red Cross and Red Crescent (RCRC). Addressing mental health and psychosocial need of people affected by armed conflicts, natural disasters and other emergencies. Resolution of the 33rd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, 33IC/19/R2, 9–12 December. Geneva. 2019. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://rcrcconference.org/about/33rd-international-conference/documents>
 17. World Health Organization (WHO). A Framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies. Geneva; 2020.
 18. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. 2015. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.undrr.org/publications/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
 19. Bengel J. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg: Springer; 1997.
 20. Müller-Cyran A, Zehentner P. Wenn der Tod plötzlich kommt: vom Umgang mit Schicksalsschlägen ; das Kriseninterventionsteam im Einsatz. München: Heyne; 2013.
 21. Müller-Lange J, Clauß M, editors. Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht Wien: Stumpf & Kossendey; 2001. (Themenschwerpunkt).
 22. Jatzko H, Jatzko S, Seidlitz H. Katastrophen-Nachsorge: am Beispiel der Aufarbeitung der Flugkatastrophe von Ramstein 1988. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 1995.
 23. Bundesverwaltungsamt Zentralstelle für Zivilschutz (BVA ZfS), Akademie für Krisenmanagement Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ). Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland. Vol. ;4. Bonn: Eigenverlag; 2003. (Schriftenreihe WissenschaftsForum; 4).
 24. Everly GS, Mitchell JT. CISM: Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas; 2002.
 25. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1961.
 26. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0)
 27. Butollo W, Karl R, Krüsmann M. Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;8. Bonn; 2012. (Reihe Forschung im Bevölkerungsschutz; 8).
 28. Bengel J, Abilgaard P, Albs B, Frommberger U, Driessen M, Hillebrecht J, Kröger C, Sammet I, Schüssler P, Steil R, Waller C. Leitlinienreport zur S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. AWMF-Registernummer 051-027. 2019. [accessed 2025 Jan 15]:51–78. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-027.html>
 29. Bundesverwaltungsamt (BVA) Z für Z, Akademie für Krisenmanagement (AKNZ) N und Z, editors. Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf,. Vol. ;2. Bonn: Eigenverlag; 2002. (Schriftenreihe WissenschaftsForum; 2).
 30. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). BBK Glossar. 2025 [accessed

- 2025 Jan 15]. Available from: https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Glossar/glossar_node.html
31. Beerlage I, Hering T, Nörenberg L. Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;57. 2006. (Schriftenreihe Zivilschutzforschung – Neue Folge; 57).
 32. Beerlage I, Arndt D, Hering T, Springer S. Der Einzug gesundheitswissenschaftlicher Perspektiven in die Psychosoziale Notfallversorgung. In: Karutz H, Blank-Gorki V, Helmerichs J, editors. Wege zur Psychosozialen Notfallversorgung: Begegnungen – Erfahrungen – Erinnerungen. Edewecht: Stumpf + Kossendey; 2020. p. 151–69.
 33. Reisig V, Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I081-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I081-4.0)
 34. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0)
 35. Beerlage I, Arndt D. Rekonstruktion eines gesundheitsförderlichen System- und Organisationsentwicklungsprozesses im System der Gefahrenabwehr. In: Hajji R, Kitze K, Pieck N, editors. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Theorien, Ergebnisse und Ansätze. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 121–47.
 36. Beerlage I, Springer S, Hering T, Nörenberg L, Arndt D. Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. 2: Qualität in Fort- und Weiterbildung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;2. Bonn; 2009. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 2).
 37. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien: Teil I und II. Bonn; 2012 [accessed 2025 Jan 15]. (Praxis im Bevölkerungsschutz; 7). Available from: https://bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qualitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=6
 38. Karutz H, Wagner U. Minor Adjustments. Understanding the psychology of prehospital pediatric emergencies. J Emerg Med Serv. 2018;43(4):54–8.
 39. Schmidt S, Hannig C, Kietzmann D, Knuth D, Mösko MO, Schönefeld M. Interkulturelle Kompetenz im Bevölkerungsschutz. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;20. Bonn; 2018. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 20).
 40. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen. Zusammenfassung zum Stand der Forschung Erfahrungen aus Einsätzen und Übungen Psychosoziale Handlungs empfehlungen für CBRN-Einsätze. Bonn; 2009 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2021/04/CBRN_Flyer_Internet.pdf
 41. Mähler M, Hofinger G, Künzer L, Zinke R, Kather F. Führungskräfte PSNV – Anforderungen und Qualifizierung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;21. Bonn; 2019. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 21).
 42. Beerlage I. Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung. Deutsche Kontroversen – Internationale Leitlinien. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;2. Bonn; 2009. (Schriften der Schutzkommission; 2).
 43. Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I121-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I121-3.0)
 44. Lasogga F, Gasch B. Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: Kompensation eines Defizits. Edewecht Wien: Stumpf & Kossendey; 2002. (Praxiswissen).
 45. Beerlage I, Arndt D, Hering T, Springer S. Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes (unveröffentlichter Endbericht). Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal; 2009.
 46. Arndt D. Extremstress im Polizeidienst. Traumatische Erfahrungen und subjektiv

- wahrgenommene Traumafolgen unter Beachtung des Einflusses von Burnout. Dissertation, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität, Berlin. Berlin; 2012 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://d-nb.info/1027151582/34>
47. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BPR, De Jong JTV, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007 Dec;70(4):283–315. DOI:[10.1521/psyc.2007.70.4.283](https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283)
 48. Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I042-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I042-3.0)
 49. Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in der EKD, Konferenz der Diözesanbeauftragten für die katholische Notfallseelsorge, Malteser Hilfsdienst (MHD). Gemeinsame Qualitätsstandards und Leitlinien zu Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung für Überlebende, Angehörige und Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste im Bereich der Psychosozialen Akuthilfe. 2012. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: <https://frankfurt.de/themen/gesundheit/psychische-gesundheit/psychosoziale-notfallversorgung>
 50. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Psychosoziale Notfallversorgung polizeilicher Einsatzkräfte. Standards in der psychosozialen Notfallversorgung polizeilicher Einsatzkräfte. Konsensuspapier der Polizeien des Bundes und der Länder (unveröffentlichter Bericht). Wiesbaden; 2016.
 51. Beerlage I. Exkurs: Psychosoziale Notfallversorgung in der präklinischen Notfallmedizin. In: Deffner T, Janssens U, Strauß B, editors. Praxisbuch Psychologie in der Intensiv- und Notfallmedizin: Konzepte für die psychosoziale Versorgung kritisch kranker Patienten und ihrer Angehörigen. Berlin: MWV; 2022.
 52. Vymetal S, Deistler A, Bering R, Schedlich C, Rooze M, Orengo F, Zurek G, Krückova M. European Commission Project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare—Implementation. *Prehosp Disaster med*. 2011 Jun;26(3):234–6. DOI:[10.1017/S1049023X11006303](https://doi.org/10.1017/S1049023X11006303)
 53. Leuschner V, Neumann O. Entwicklung Netzwerkorientierter Qualität im Psychosozialen Krisenmanagement staatlicher Verwaltung (EQuiP). Forschungsprojekt. Laufzeit: 01.10.2024-31.09.2027. 2024 [accessed 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.ash-berlin.eu/hochschule/lehrende/professor-innen/prof-dr-olaf-neumann/#c5450>
 54. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Risikommunikation. Ein Handbuch für die Praxis. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Bonn; 2022.

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psychologin Irmtraud Beerlage, Peter-Vischer-Str. 7, 12157 Berlin, Germany, E-mail: Irmtraud.Beerlage@h2.de

Zitierhinweis: Beerlage I. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i140-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i140-1.0)

Copyright: © 2026 Irmtraud Beerlage

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>