



Psychosoziale Notfallversorgung

Konzept zur Psychosozialen Notfallversorgung bei Großschadensfällen in München

dargestellt am Modell FIFA WM 2006™

Dieses Konzept wurde erarbeitet von einer Projektsteuerungsgruppe des Referats für Gesundheit und Umwelt

Ihr gehörten folgende Personen an:

Theresia Ernst – Leitung

Raimund Ell - stellvertretende Leitung

Rainer Albrecht

Josef Gallas

Annette Gröger

Gabriele Hörmann

Franz Huber

Das Konzept oder Teile daraus sind nur zu verwenden unter der Maßgabe, dass auf die Urheberschaft des Referates für Gesundheit und Umwelt hingewiesen wird.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	5
2. Definition der Psychosozialen Notfallversorgung	6
3. Zielsetzung und Zielgruppen der Psychosozialen Notfallversorgung	6
3.1. Zielsetzung	6
3.2. Zielgruppen	6
4. Szenario	7
5. Bedarfsermittlung	8
6. Akutphase	12
6.1. Definition der Akutphase	12
6.2. Einbindung und Organisationsstruktur der PSU in der Akutphase	12
6.3. Krisenstab RGU	14
6.4. PSNV Bausteine in der Akutphase	15
6.4.1. Behandlungsplätze (FIFA WM 2006™)	15
6.4.2. Akutbetreuungsstellen	16
6.4.3. Infopoints	17
6.4.4. Zentraler Psychologischer Dienst der Polizei	17
6.4.5. Mobile Betreuungseinheiten	17
6.4.6. Informationsmaterial und Flyer	17
6.4.7. Psychosoziales Beratungstelefon	18
6.4.8. Datenbank	19
7. Übergangsphase	20
7.1. Definition der Übergangsphase	20
7.2. Koordinierungsstelle RGU	21
7.3. Personal und Personalbedarf	24
7.4. Übergang in die Regelversorgung	26

7.5. Psychosoziales Beratungstelefon	27
8. Langzeitphase.....	27
8.1. Definition der Langzeitphase.....	27
8.2. Langfristige Einrichtung der Koordinierungsstelle.....	28
9. Angebote der stadtinternen und externen Kooperationspartner	28
9.1. Angebote des städtischen Schulreferats und der staatlichen Schulpsycholog/innen	28
9.2. Angebote des Sozialreferats	30
9.3. Angebote der Kirchen	31
10. Zusammenfassung	32
Anhang	33
A) Psychotraumatologie	33
B) Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung (ArGe PSNV) Geschäftsordnung.....	37
C) Glossar	40
D) Abkürzungsverzeichnis.....	43

1. Ausgangslage

Im Zuge der in Deutschland stattfindenden FIFA WM 2006TM haben die Austragungsstätten den Auftrag erhalten, eine psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) für Großschadensfälle vorzuhalten. München ist nicht nur ein Spielort der Weltmeisterschaft, sondern dazu noch Sitz des Internationalen Pressezentrams. In der Zeit vom 09. Juni bis 09. Juli 2006 werden in München insgesamt sechs Spiele ausgetragen.¹

Geprägt durch Erfahrungen der letzten Zeit, nach Terroranschlägen oder Naturkatastrophen, wie die Flutwelle in Asien 2004, wird der Stellenwert einer adäquaten psychosozialen Notfallversorgung immer deutlicher. Auch das im Mai 2004 eingerichtete Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sieht die psychosoziale Notfallversorgung als eines ihrer Aufgabenfelder an.

Wie die zunehmende Forschung im Bereich Psychotraumatologie zeigt, wirken extreme Ereignisse auf die betroffenen Menschen sehr unterschiedlich. Einige können nicht nur sofort auf ein traumatisches Ereignis reagieren, sondern auch unter Spätfolgen leiden. Es kann sich eine akute Belastungsreaktion oder im Laufe der Zeit eine akute Belastungsstörung oder im schlimmsten Falle eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.² Um diesen möglichen Folgen nach einem Großschadensfall wirksam begegnen zu können, müssen geeignete Unterstützungsangebote geplant, koordiniert und öffentlich gemacht werden.

Bereits vor zirka zwei Jahren hatte Oberbürgermeister Christian Ude die Notwendigkeit gesehen, ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung für München zu erarbeiten. Zunächst lag diese Aufgabe auf Grund der Verantwortlichkeit in einem Katastrophenfall in den Händen des Kreisverwaltungsreferates (KVR), hier bei der städtischen Branddirektion. Mit der WM und dem Auftrag der FIFA bekam das Thema eine neue Brisanz und einen aktuellen Anlass. Anfang Juli 2005 wurde die Aufgabe vom KVR an das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) übergeben. Eine Projektsteuerungsgruppe des RGU erarbeitete dann mit Beratung der Firma innot GmbH ein gesamtstädtisches Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung. Um Versorgungsangebote verschiedener städtischer Referate und externer Partner (z.B. Hilfsorganisationen, Polizei, Kirchen) in das Konzept einzubeziehen und Schnittstellen zu klären, wurde eine Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung³ München gegründet.

Großschadensereignisse, wie sie im Rahmen einer Fußballweltmeisterschaft möglich sind, erfordern integrierte Lösungen. Dieses Konzept beschreibt daher ein derartiges Notfallmanagement und widmet sich den Hauptfeldern: Organisation, Kommunikation, technische Ausstattung und Psychologie. Es koordiniert die bereits in den bestehenden Strukturen vorhandene psychosoziale Unterstützung und macht die Angebote der Öffentlichkeit zugänglich. Das nun für die Fußballweltmeisterschaft 2006 erarbeitete Konzept soll nicht nur für diesen aktuellen Anlass seine Gültigkeit haben, sondern auch darüber hinaus für andere unvorhersehbare Ereignisse. Diese können eine weltbekannte Großstadt wie München jederzeit treffen. Es gilt die Augen nicht zu verschließen und für alle leider denkbaren Katastrophen verantwortlich gerüstet zu sein. Das bedeutet auch, das Konzept kontinuierlich weiter zu entwickeln um die Qualität zu sichern.

¹ In München werden am 09.06.; 14.06.; 18.06.;21.06.; 24.06.; und am 05.07.2006 Spiele ausgetragen

² Siehe Kapitel A Psychotraumatologie im Anhang

³ Siehe Kapitel B Arbeitsgemeinschaft PSNV im Anhang

2. Definition der Psychosozialen Notfallversorgung

Für das Referat für Gesundheit und Umwelt gilt folgende Definition:

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) meint psychologische, soziale, administrative und seelsorgerliche Hilfen für Notfallopfer, Angehörige, Hinterbliebene, Augenzeugen, Ersthelfer und weitere von Notfällen Betroffene (in Anlehnung an: Helmerichs 2004).

Die Sinnhaftigkeit psychosozialer Notfallversorgung und Nachsorge ist nicht Folge einer Nachfrage, sondern wird automatisch eine Aufgabe, die aus der Katastrophe heraus selbst entsteht. Die Maßnahmen, die im Rahmen der WM-Vorbereitung getroffen werden, können ebenso als Vorbereitung auf kommende Ereignisse betrachtet werden.

Die PSNV umfasst neben den einzelnen o.g. Handlungsfeldern auch das Wissen und die Handlungskompetenzen bzgl. der bestehenden Versorgungsstrukturen. In Abgrenzung zum übergeordneten Begriff der PSNV beinhaltet die psychosoziale Unterstützung (PSU) nur die konkreten Handlungsstrategien und methodischen Ansätze.

3. Zielsetzung und Zielgruppen der Psychosozialen Notfallversorgung

3.1. Zielsetzung

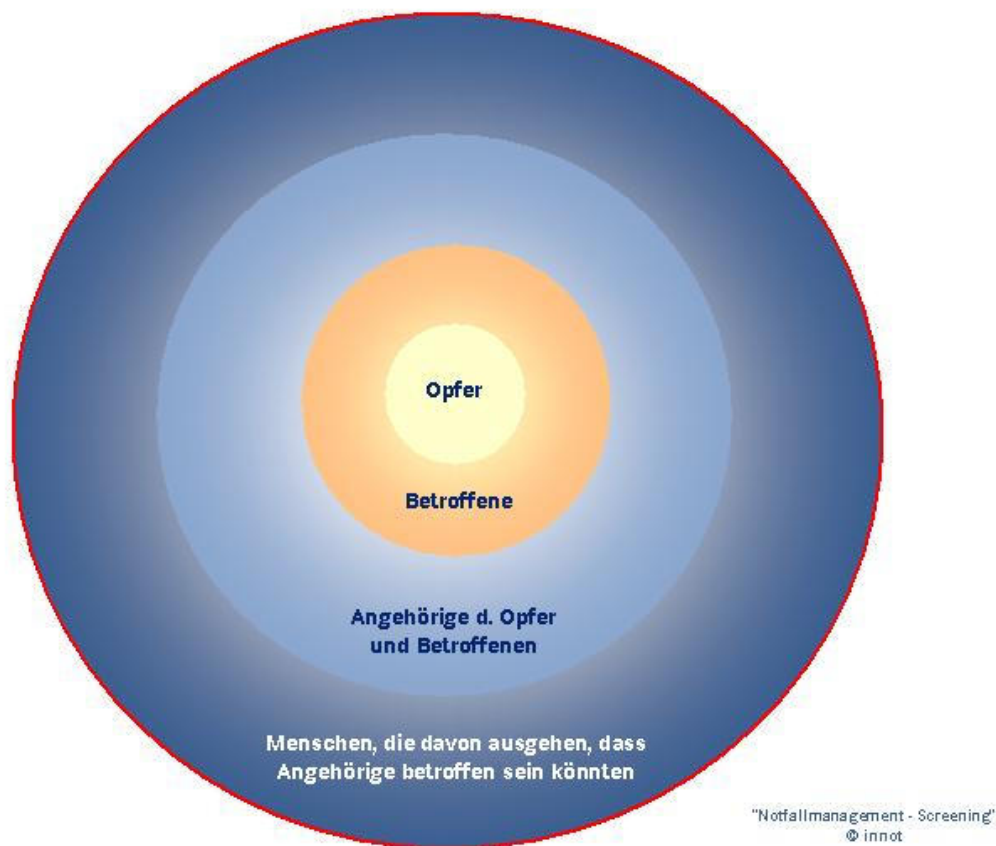
Mit der PSNV sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Schadensbegrenzung
- Beruhigung und Normalisierung der Gesamtsituation
- Gezielte Information von Betroffenen(-gruppen)
- Schaffung niederschwelliger psychosozialer Betreuungsangebote
- Sicherstellung einer adäquaten Betreuung
- Überführung belasteter bzw. psychisch traumatisierter Menschen in bestehende Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

3.2. Zielgruppen

Bei einem extremen Ereignis, wie z. B. einem Terroranschlag auf die Allianz Arena, sind nicht nur die Opfer und weitere direkt Betroffene gefährdet, psychische Störungen zu entwickeln, sondern beispielsweise auch Angehörige, Helfer, Einsatzkräfte und Mitarbeiter betroffener Organisationen und Unternehmen.

Zielgruppen:



© innot gmbh

Die Personen, die nicht in obiges Schema fallen, wie z. B. Helfer, Einsatzkräfte und Mitarbeiter der PSNV, sind gefährdete Gruppen im Sinne einer sekundären Traumatisierung. Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass auch die Personen, die im Rahmen der Hilfeleistungen tätig sein werden, sich selbst psychisch und physisch vorbereiten müssen, bevor sie in den Einsatz gehen. Ebenso muss im Rahmen der Personalfürsorge für Unterstützung, Selbstschutz und Einsatznachbetreuung gesorgt werden.

Die Zuständigkeit für die Einsatzkräftenachsorge ist im Rahmen der Fürsorgepflicht Betriebsaufgabe und muss von den städtischen Referaten und den Einsatzorganisationen jeweils für ihre eigenen Dienstkräfte übernommen und sichergestellt werden.

4. Szenario

Die Bedarfsplanung und Konzeptentwicklung wird auf der Basis der Vorgabe von Helmerichs & Schüssler, 2004; AK PSU, 2004 beschrieben. Diese Vorgabe für die psychosoziale Notfallversorgung orientiert sich zurzeit an sehr wenigen Erfahrungswerten und ist deshalb in den nächsten Jahren auf der Grundlage von Übungen und möglichen realen Einsätzen weiterzuentwickeln.

Szenario: Bedarfsplanung Massenansturm von Verletzten während eines Fußballspiels in einem Stadion

“Angenommen wird, dass bei einem Massenansturm von Verletzten (MANV) in einem Fußballstadion mit 60.000 Zuschauern in der Akutphase 1 (0-8 Std.) 1.200 Verletzte/Betroffene (2%), davon 40 % der Sichtungskategorien I und IV; 20 % der Kategorie II und 40 % der Kategorie III (vgl. Musterkonzept KatS, 2004) zu erwarten sind. Von den Verletzten/Betroffenen werden ca. 100 als vital bedroht angenommen. Es ist davon auszugehen, dass die meisten

von ihnen noch an der Unglücksstelle, an den Patientenablagen, auf dem Transport zu den oder auf den Behandlungsplätzen sterben werden. Ihnen ist Beistand zu geben und für sie und ihre Angehörigen sind an der Totenablage seelsorgerliche Rituale zu vollziehen. Die angenommenen 240 schwer Verletzten der Sichtungskategorie II und 480 Verletzten/Betroffenen der Kategorien III (geringfügig verletzt oder physisch unverletzt) werden auf dem Behandlungs- und/oder Betreuungsplatz behandelt oder betreut. Sinnvoll im Sinne einer Prävention späterer psychischer und sozialer Belastungsfolgen ist es, ihnen nicht nur medizinisches Fachpersonal sondern auch psychosoziale Ansprechpartner (wie NFS, NFP, KIT, Betreuungsdienste) zur Seite zu stellen.

Zu erwarten ist auch, dass zahlreiche Angehörige der 60.000 Besucher versuchen werden, über die einzurichtende Auskunftsstelle/Hotline Informationen zu erhalten. Unter der Annahme, dass sich vorwiegend Zuschauer aus Deutschland im Stadion befinden, wird ein Teil der Angehörigen in den ersten Stunden nach dem MANV die Unglücksstelle persönlich aufsuchen. Die Anzahl der hinzukommenden Angehörigen ist in hohem Maße von der Krisenkommunikation abhängig. Eine rasche Veröffentlichung einer Positivliste Überlebender senkt die Anzahl der hinzukommenden Angehörigen. Angenommen wird hier, dass ca. 1.200 Angehörige zu erwarten sind, für die insbesondere auf dem Betreuungsplatz psychosoziale Angebote vorgehalten werden müssen.

Ein zusätzliches Angebot in der Akutphase ist die Bereitstellung (Vor-Ort-Präsenz) speziell qualifizierter Kräfte (CISM - Peers und SFR und NFP) für Einsatzkräfte.“ (Helmerichs 2004)

5. Bedarfsermittlung

Die im Szenario beschriebenen Sichtungskategorien wurden von der vom Bundesinnenminister einberufenen Schutzkommission im Rahmen einer Konsensuskonferenz an der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz am 15. März 2002 von (Leitenden) Notärzten, Repräsentanten verschiedener Organisationen und Institutionen (auch aus einigen Ländern Europas) als gemeinsame Grundlage für die Anwendung bei Großschadensereignissen und Katastrophen erarbeitet:

Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
I (rot)	akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II (gelb)	schwerverletzt / erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III (grün)	leicht verletzt / erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV (blau)	ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung

(BMI 2002, Katastrophenmedizin)

In München hat man die Anwendung dieser Sichtungskategorien übernommen.

Dem Gesamtbedarf aller PSNV relevanten Personen nähern wir uns in zwei Schritten. Erste Grundlage sind die Zahlen der Opfer und direkt Betroffenen nach den beschriebenen Sichtungskategorien. In einem zweiten Schritt müssen die Angehörigen der Opfer und Betroffenen als PSNV relevant miteinbezogen werden. Dies erfolgt über Gewichtungsfaktoren die

sich aus den Erfahrungen der letzten größeren Schadensereignisse ergeben haben. Ist eine Person schwer verletzt, umso höher ist der PSU-Bedarf bei den Angehörigen und Hinterbliebenen. Daher wurde der Faktor 5 für die Kategorie IV gewählt. D.h. bei einer Person der Kategorie IV müssen durchschnittlich vier Angehörige psychosozial betreut werden. Die Zahlen sind nur eine Annäherung zur Bedarfsermittlung. Der unten eingefügte Erhöhungsfaktor X kann erst im Ereignisfall konkretisiert werden.

Die nachfolgend genannten Zahlen beziehen sich auf das vorgegebene Szenario eines MANV in einem Fußballstadion, das als Grundlage für die gesamte Konzepterstellung dient. Um eine tragfähige Planung gewährleisten zu können, muss von einer Personenzahl ausgegangen werden, die sich dem realistischen Ausmaß annähert. Eine Übertragung auf Fälle geringeren Ausmaßes ist jederzeit möglich.

Für die PSNV werden nach dem Szenario folgende Zahlen relevant:

Sichtungskategorie	Anzahl	Faktor	PSNV relevant
IV ohne Überlebenschance und Tote	100	5	500
I Schwerverletzte (Sofortbehandlung)	380	4	1.520
II Schwerverletzte (aufgeschobene Behandlung)	240	4	960
III Leichtverletzte	480	2	960
Augenzeugen	+ x		+ x
Angehörige von Vermissten	+ x		+ x
Einsatzkräfte	+ x		+ x
Ersthelfer	+ x		+ x
GESAMT	1.200 + X		3.940 + X

Für die Annäherung an den Bedarf bedeutet dies folgendes:

Gehen wir von einer maximalen Gesamtzahl von 3940 PSNV relevanten Personen aus, so müssen wir mit dieser Zahl in der Akutphase rechnen. In der Übergangsphase entwickeln zirka 1182⁴ Personen eine akute Belastungsstörung (ABS) und in der Übergangs- und Langzeitphase werden voraussichtlich 946 Personen Symptome⁵ der posttraumatischen Belas-

⁴ Laut einer Studie von Classen, Koppmann, Hales & Spiegel von 1998 findet man bei 33 % der Opfer von Massenschießereien ABS-Symptome. Wir gehen der Einfachheit halber von 30 % aus. Von diesen 30 % entwickeln laut einer Studie von Bryant & Harvey 1998 und Brewin et al 1999 wiederum 80 % PTBS Symptome.

⁵ Symptome bzw. Diagnostik laut DSM IV

tungsstörung (PTBS) aufweisen.⁶ Eine ausführliche Beschreibung der Symptomatik findet sich im Anhang Kapitel A.

Auf der Basis dieser Bedarfszahlen haben wir daher ein Konzept entwickelt, das sich nicht nur auf die Versorgung der ersten Stunden bezieht, sondern auch eine mittel- bis langfristige Notfallversorgung bis zu einem Jahr nach dem Ereignis vorhält.

Aus psychosozialer bzw. psychotraumatologischer Sicht sind dabei folgende Ziele angezeigt:

- Beruhigung und Stressreduktion
- Prävention traumabedingter Störungen
- Ermöglichung von Verabschiedung und Trauer

Die Methoden, um diese Ziele zu erreichen, sind:

- 1) Informationsvermittlung
- 2) Registrierung
- 3) Psychoedukation
- 4) Adäquate Presse- und Medienberichterstattung
- 5) Begleitung bei der Verabschiedung von Toten

Betroffene Menschen benötigen Schutz (auch vor den Medien) und verlässliche Informationen (z.B. bei vermissten Angehörigen). Sie wollen ihre primär körperlichen Bedürfnisse (z.B. Essen und Trinken, sanitäre Bedürfnisse, Unterkunft) befriedigen.

Hinterbliebene brauchen zusätzlich die Möglichkeit, von Toten Abschied zu nehmen. Je nach Dauer der polizeilichen Tätigkeit kann diese Aufgabe der PSNV auch in die Übergangsphase übergehen.

Die Intervention muss sich daran orientieren, welche Hilfe gebraucht wird. Die Hilfeleistungen müssen im Rahmen eines integrierten Notfallmanagements koordiniert werden.

Effektive Hilfe sollte sich zuerst an der Bedürfnispyramide von Maslow orientieren:

- Hilfe in den Bereichen Sicherheit und Schutz und medizinische Versorgung
- Hilfe im Bereich Unterkunft, Wasser, Essen, Kleidung
- Hilfe zur Familien- oder Gruppenzusammenführung

Menschen, die ein extremes Ereignis erleben müssen, machen eine traumatische Erfahrung. Diese ist, abgesehen von den in Anhang A genannten Symptomen, gekennzeichnet durch den Verlust von Kontrolle über das, was geschieht, den Verlust von Beeinflussungs-, Entscheidungs- und Handlungsspielraum, von Sicherheit etc. und das Erleben von z.T. extremer Hilflosigkeit.

In der unmittelbaren Betreuung ist ein wesentlicher Aspekt, diesen Erfahrungen ein Gegengewicht zu geben, d.h. dem Verlust von Sicherheit und/oder Kontrolle gegenzusteuern durch das Erfahren von Sicherheit/Kontrolle. Die äußere Sicherheit kann durch die Verlegung der Betroffenen in Bereiche außerhalb der direkten Gefahrenzone (und mit Schutz vor der Presse) erzielt werden.

Das Gefühl innerer Sicherheit/Kontrolle kann beispielsweise über gute Informationspolitik gefördert werden: Der Betroffene hat das Gefühl, auf dem Laufenden zu sein bzw. auf dem

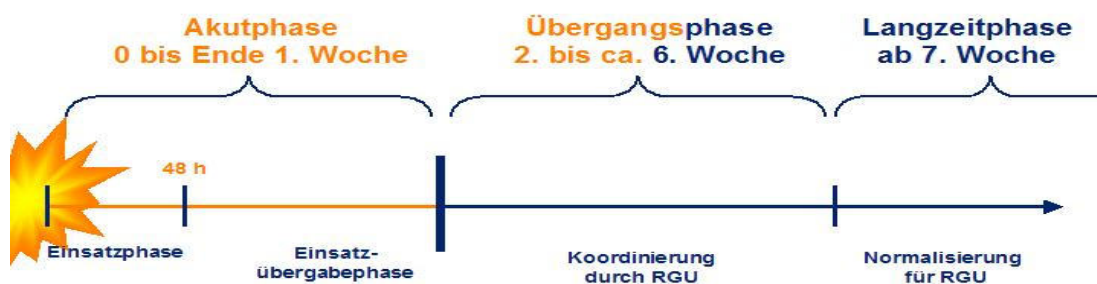
⁶ Siehe Kapitel A Psychotraumatologie im Anhang

aktuellen Stand der Dinge und muss nicht befürchten, wichtige Entwicklungen „zu verpassen“, bzw. wieder ausgeliefert zu sein. Ebenso wirkt Strukturierung dem Erleben von totalem Chaos entgegen und die Möglichkeit selbst zu entscheiden dem Erleben von Fremdbestimmt- und Ausgeliefertsein. Selbst gering erscheinende Hilfemaßnahmen können für die PSU Entscheidendes bewirken.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Bedürfnisse – abgesehen von den zentralen Grundbedürfnissen, die in der Akutphase vor allem vorherrschen – sehr individuell sind. Das wiederum bedeutet, dass der Betreuende diese nicht von vorneherein alle wissen kann. Ein wesentliches Element der Betreuung besteht daher im Fragen nach den Bedürfnissen der Betroffenen und dem respektvollen Umgang damit.

Jede Organisation die sich auf Auswirkungen von traumatischen Ereignissen vorbereitet, muss sich in ihren Planungen neben den wichtigen psychologischen Zyklen und Dynamiken auch an organisatorischen Phasen orientieren. Aus den Erfahrungen von Einsatzorganisationen, Behörden und Firmen, die mit extremen Ereignissen konfrontiert waren, lässt sich ein phasenhafter Einsatz ableiten. Die Versorgungsleistung in unserem Konzept unterteilen wir daher in die Phasen

- Akutphase
- Übergangsphase
- Langzeitphase



6. Akutphase

6.1. Definition der Akutphase

Die Akutphase erstreckt sich von der Stunde 0 bis zum Ende des polizeilichen Einsatzes. Als Planungsgrundlage bei der Konzepterstellung wurde der Zeitpunkt von ca. 48 Stunden gewählt. Die Dauer der Akutphase kann gemessen an den Erfahrungen der bisherigen Großschadensereignisse erheblich variieren. So ist auch eine Dauer von bis zu einer Woche und darüber hinaus möglich.

Die Akutphase ist geprägt von der Arbeit der Einsatzkräfte – Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste.

In dieser ersten Phase steht vor allem die Versorgung der Verletzten und die Sicherung des Schadensortes im Vordergrund.

Psychische Erste Hilfe dient u.a. dazu, weitere unterstützende Maßnahmen anzubieten wie z.B. Stabilisation, Information, Psychoedukation, Weitervermittlung an kontinuierliche Hilfsangebote.

Psychologische Diagnostik und traditionelle Psychotherapie sind in der Akutphase nicht angezeigt, sie werden in den nächsten Phasen wichtig und notwendig für eine kontinuierliche psychosoziale Versorgung.⁷

Die Verantwortung für die PSU in der Akutphase tragen die Hilfsorganisationen im Zusammenwirken mit der Polizei.

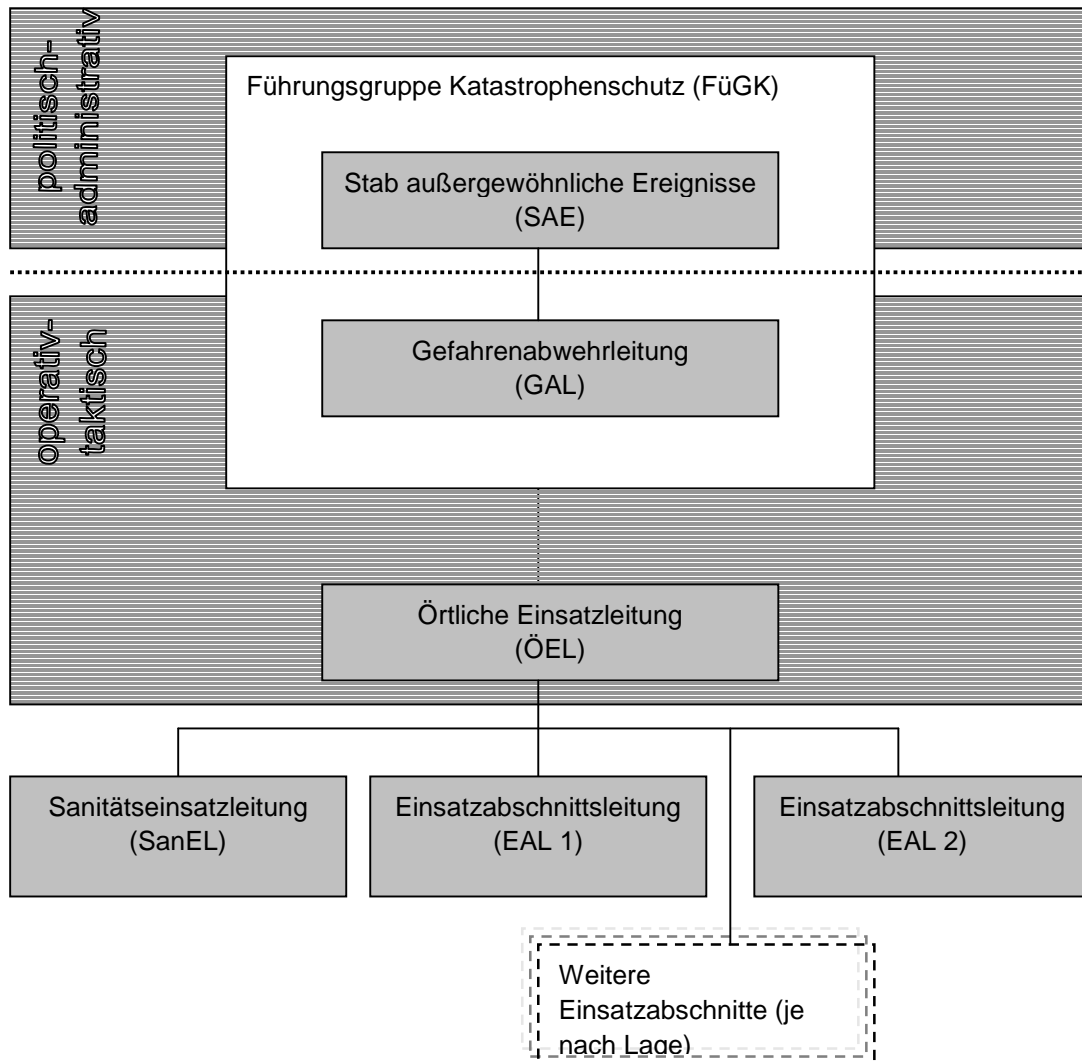
6.2. Einbindung und Organisationsstruktur der PSU in der Akutphase

Eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung der PSNV ist die konsequente Einbindung der PSU in die Aufbau- und Ablauforganisation der Führungsstäbe. Hiermit wird gewährleistet, dass der Bereich PSU einsatzverträglich in die Gesamteinsatzplanung integriert wird und somit Reibungsverluste, Doppelarbeiten und kontraproduktive Entwicklungen im Einsatzablauf vermieden werden können. Andererseits kann der Bereich PSU sowohl die Infrastruktur eines Führungsstabes, als auch die einzelnen Sachgebiete als Servicebereich für die Belange der PSU nutzen.⁸

In der bisher bestehenden Führungsorganisation für Katastrophenfälle ist die PSNV noch kein fest integrierter Bestandteil. Die Führungsorganisation in Katastrophenfällen ist in der Landeshauptstadt München wie folgt festgelegt:

⁷ vgl. Meyers, ICISF Email vom 07.09.05 in Folge des Hurrikans Katrina

⁸ Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz: „Psychosoziale Unterstützung bei Einsätzen – Aspekte der Führungsorganisation“; Köln, Oktober 2000



Die Integration der PSNV wird sichergestellt über die Einbindung je eines Fachberaters PSU in die Führungsstäbe (SAE/GAL/ÖEL).

Dabei besetzt das RGU die Fachberatung nur auf der politisch-administrativen Stabsebene. Die Leitung des RGU-Krisenstabs übernimmt die Position des Fachberaters PSU im SAE.

In der operativ-taktischen Stabsebene wird der Fachberater PSU von den Einsatzkräften gestellt und zwar gegenwärtig vom örtlichen Kriseninterventionsteam (KIT) des ASB.

Die PSU wird als eigener Einsatzabschnitt behandelt mit einem Einsatzabschnittsleiter und der weiteren daraus folgenden Organisationsstruktur.

Folgende PSU-Funktionen wurden definiert und festgelegt (in Anlehnung an Helmerichs, 2004):

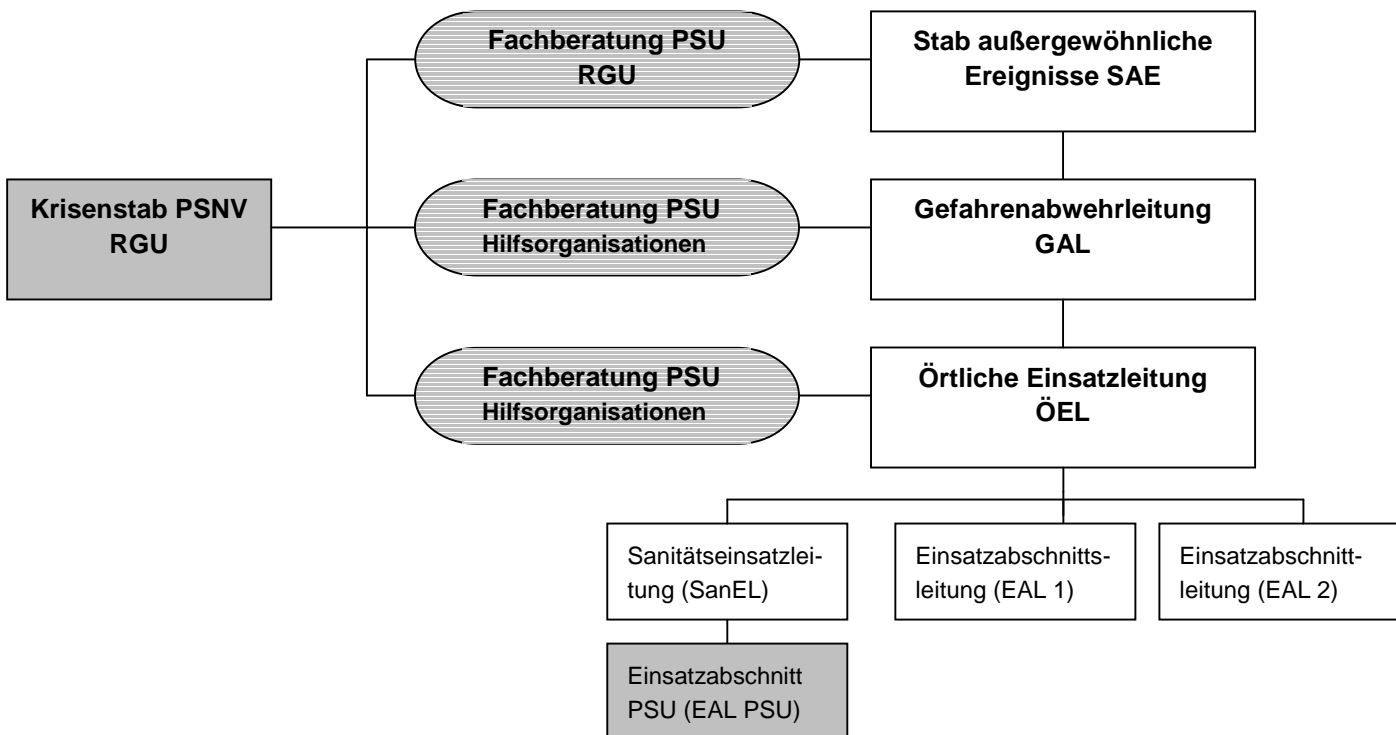
Fachberater PSU:

Die Fachberater PSU sind Teil der Krisenstäbe SAE/GAL/ÖEL und beraten hier in allen psychosozialen Fragestellungen (Bedarfsermittlung, Einsetzung eines Leiters PSU, Aufbau von PSU - Einsatzabschnitten, Ausgestaltung einer Betreuungsstelle etc.) angepasst an die Bedarfe des Krisenstabs. Die Fachberater kommunizieren mit externen psychosozialen Fachdiensten und Experten und über die Einsatzleitung mit dem Leiter PSU. Die Alarmierung erfolgt über die integrierte Leitstelle.

Leiter des Einsatzabschnitts PSU (L PSU):

Der EAL PSU ist fachlicher Leiter des gesamten PSU - Einsatzes bis zur Auflösung der Einsatzleitung und ist im Rahmen der Führungsorganisation dem Einsatzleiter unterstellt. Er hat die Aufgabe der psychologischen und seelsorgerlichen Lagefeststellung und Lagebeurteilung und der kontinuierlichen Ermittlung des PSU - Bedarfs. Er wird von der Leitstelle alarmiert und ist im Einsatzabschnitt Betreuung bzw. an der Betreuungsstelle (Unterabschnitt PSU) eingesetzt. Der EAL PSU wird organisatorisch durch einen Führungsassistenten unterstützt und steht in enger Kooperation mit dem Fachberater PSU.

Vorschlag für eine PSNV – Organisationsstruktur (zum gegenwärtigen Planungsstand):



6.3. Krisenstab RGU

Für die FIFA WM 2006™ plant das RGU zur Erfüllung seiner Tätigkeiten mit einem Krisenstabssystem zu arbeiten, das der Organisationsform der Feuerwehr und den Rettungsdiensten angelehnt ist. Die Arbeit des RGU Krisenstab beginnt während der Akutphase und ist dafür verantwortlich, die geplanten PSU - Angebote des RGU (s.u.) nach Bedarf der PSU - Einsatzleitung einzurichten und zu koordinieren. Darüber hinaus bereitet der Krisenstab die Übernahme der PSU - Verantwortung ab der Übergangsphase vor und richtet die Koordinierungsstelle ein.

Modell „Krisenstab RGU-PSNV“



© innot gmbh

6.4. PSNV Bausteine in der Akutphase

Die Erfahrungen mit bisherigen Großschadenslagen haben gezeigt, dass in der Akutphase großer Bedarf an PSU - Kräften an vielen verschiedenen Orten besteht. Im folgenden werden die für die PSU allgemein relevanten Bausteine und diejenigen Bausteine, die für die PSNV des RGU wichtig sind, dargestellt. Dabei wird Rücksicht genommen auf die Sonderplanungen FIFA WM 2006™.

6.4.1. Behandlungsplätze (FIFA WM 2006™)

Der Behandlungsplatz ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte, Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen. Dort kann die PSU nur eine sekundäre Rolle einnehmen, da die medizinische Versorgung im Vordergrund steht.

Im Detailplan Sanitätseinsatzleitung wurde festgelegt, dass im Unterabschnitt Behandlung an den sechs geplanten Behandlungsplätzen je ein Kriseninterventions-Team (KIT) mit fünf Personen angegliedert ist, um die psychosoziale Betreuung am Behandlungsplatz sicher zu stellen.

Jeder Behandlungsplatz wird von einem Kontingentführer geleitet. Dieser bedient sich einer Führungsstruktur mit Einsatzabschnittsleiter und Führungsgehilfen. Sämtliche Kontingentführer der Behandlungsplätze sind der Sanitätsleitung (SanEL) unterstellt. Diese wiederum ist der Örtlichen Einsatzleitung (ÖEL) der für den Katastrophenschutz verantwortlichen Behörde unterstellt.

6.4.2. Akutbetreuungsstellen

Die Akutbetreuungsstellen dienen als erste Auffang- und Anlaufstelle und zur Registrierung unverletzter bzw. leichtverletzter Betroffener. Hier findet schwerpunktmäßig die PSU in der Akutphase statt.

Für Groß- und Massenveranstaltungen im Zusammenhang mit der WM sind im wesentlichen drei Sicherheitsbereiche innerhalb des Stadtgebietes auszumachen, dies sind:

- Allianz-Arena und näheres Umfeld
- Olympiagelände und näheres Umfeld (Fanpark)
- Innenstadtbereich mit Teilen Schwabing (Feiermeilen)

Im Schadensfall errichtet die Polizei eine Zeugensammelstelle direkt am Schadensort. Alle erreichbaren unverletzt Betroffenen werden dort gesammelt und kurz zu strafrechtlich relevanten Beobachtungen befragt. Von dort werden die Betroffenen dann in die Akutbetreuungsstelle weitergeleitet.

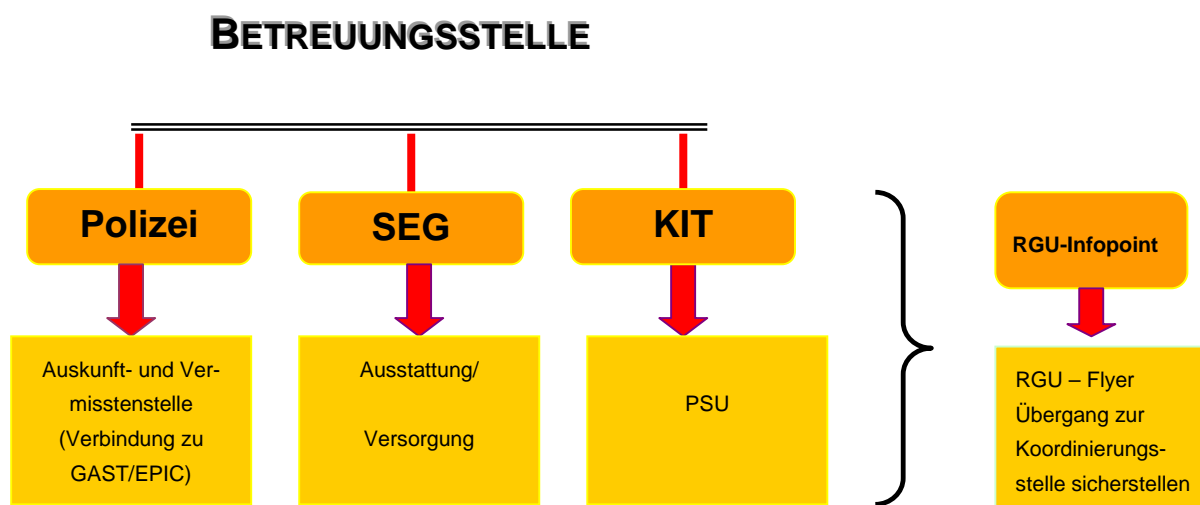
Insgesamt können bis zu acht Akutbetreuungsstellen (Schulgebäude mit großen Turnhallen) in Betrieb genommen werden. Die vom KVR im Einvernehmen mit dem Schulreferat ausgewählten Gebäude befinden sich in unmittelbarer Nähe der Sicherheitsbereiche. Diese Betreuungsstellen werden nach derzeitiger Planung des KVR so lange betrieben wie der Bedarf besteht.

Für den Aufbau und den infrastrukturellen Betrieb der Akutbetreuungsstellen sind die Hilfsorganisationen mit ihren SEGn Betreuung zuständig.

Die Kriseninterventionsteams leisten die Psychosoziale Unterstützung.

Die Polizei besetzt in der Akutbetreuungsstelle eine Auskunft- und Vermisstenstelle.

Die Akutbetreuungsstelle ermöglicht einen geschützten Raum für die Akutbetreuung und Krisenintervention, für die Befriedigung der Primärbedürfnisse der Betroffenen, für Informationsvermittlung sowie rettungsdienstliche und notärztliche Erstversorgung.



6.4.3. Infopoints

In allen Akutbetreuungsstellen werden vom RGU Infopoints eingerichtet. An diesen Infopoints erhalten die Betroffenen Informationen über die Angebote der Stadt München (lebenspraktische und soziale Hilfen, Flyer mit weiterführenden Hilfsangeboten, etc.). Über die Infopoints kann in der Akutphase Fachpersonal vom Netzwerk KinMuc für Kinder und Jugendliche angefordert werden.

Die psychosozialen Fachkräfte am Infopoint sind für den Informationsfluss zwischen Akutbetreuungsstelle und dem RGU-Krisenstab, für die frühzeitige Mobilisierung städtischer Ressourcen und für den reibungslosen Übergang der Personen zuständig, die auch noch nach der Akutphase psychosoziale Unterstützung benötigen (z.B. in der Koordinierungsstelle RGU).

6.4.4. Zentraler Psychologischer Dienst der Polizei

Die Erfahrungen der letzten Großschadensfälle zeigen, dass die Menschen am Schadensort Informationen erwarten oder selbst suchen wollen. Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, gewährleistet die Polizei über den Zentralen Psychologischen Dienst der Polizei (ZPD) den erforderlichen Informationsaustausch und die Informationsweitergabe.

6.4.5. Mobile Betreuungseinheiten

Ab der Akutphase gibt es mobile Betreuungseinheiten psychosozialer Fachkräfte unter Leitung des RGU-Krisenstabs. Diese versuchen, die Menschenströme aufzufinden und sich dort „anzudocken“, wo die Menschen Informationen suchen.

Sie sollen auch an den vom Referat für Arbeit und Wirtschaft geplanten Informationsstellen für WM-Gäste am Hauptbahnhof, Olympiapark, Flughafen, Stadtinformation im Rathaus und am Marienhof bei Bedarf eingesetzt werden.

Diese mobilen Einheiten können ebenso die Polizei (s.o.) unterstützen und dort, falls notwendig, für PSU zur Verfügung stehen. So können sie, wenn notwendig, auch noch nach der Akutphase als mobile Anlaufstelle nah am Schadensort dienen, um dort dem Informationsbedürfnis der Angehörigen und Vermissenden zu entsprechen.

Aufgaben der mobilen Einheiten:

- Kontaktaufnahme
- Erste Hilfe
- Krisenintervention
- Psychoedukation
- Beratung (fachliche und Sachinfos)
- Ersteinschätzung
- Gezielte Weitervermittlung
- Lagebeschreibung sowie Bedarfsmeldungen an den RGU-Krisenstab

6.4.6. Informationsmaterial und Flyer

Für die Erstinformation über weitergehende Hilfen sowie für die Psychoedukation von Betroffenen und Angehörigen wird je ein Flyer erstellt. Im Rahmen der Planungen zur FIFA WM 2006™ wird der Flyer mehrsprachig herausgegeben. Die Flyer werden von den PSU-Kräften in den Betreuungsstellen an die Betroffenen verteilt. Weiterhin liegen die Flyer an den relevanten Anlaufstellen und Infopoints aus und werden vom Zentralen Psychologischen Dienst

der Polizei und den mobilen Einheiten verteilt. Des Weiteren können die Flyer an den Informationsstellen für WM-Gäste (siehe Punkt 6.4.5.) verteilt werden.

Ebenso wird Informationsmaterial über den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendliche entwickelt.

Fachliche Unterstützung im Vorfeld beim Erstellen des Infomaterials und der Flyer wurde von Seiten des Schulreferates sowie vom KIT des ASB München angeboten und geleistet. Geeignetes bereits existierendes Material wurde integriert.

Mit Ereignisbeginn wird der Flyer als Erstinformation auf die Homepage der Landeshauptstadt München gestellt.

6.4.7. Psychosoziales Beratungstelefon

Bei einem großen Schadensereignis ist damit zu rechnen, dass viele Menschen und vor allem zahlreiche Angehörige telefonisch versuchen werden, Informationen, Verhaltenshinweise und sonstige Auskünfte zu erhalten und telefonisch beraten werden wollen.

Vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe ist für den Katastrophenfall die Einrichtung einer PSNV – Hotline empfohlen worden.

In München wird im Fall eines Großschadensereignisses während der WM das **Bürgertelefon** des KVR aktiviert. Entsprechend der Dienstordnung "Bürgertelefon" des Kreisverwaltungsreferates vom 10.12.2003 wird entweder der Leiter des Kreisverwaltungsreferates oder der Leiter der Branddirektion im Katastrophenfall die Inbetriebnahme des Bürgertelefons mit bis zu 10 Auskunftsplätzen und der zentralen Telefonnummer 2353-5555 im KVR anordnen. Die Aufgaben des Bürgertelefons sind in der o.g. Dienstordnung nachzulesen.

Für eine psychosoziale Beratung, eine psychologische Beratung oder eine telefonische Krisenintervention vermitteln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons im Bedarfsfall mittels Weiterschaltung an das **Psychosoziale Beratungstelefon** des RGU.

Das RGU wird das Psychosoziale Beratungstelefon während der Akutphase in Betrieb nehmen. Vorgesehen sind 5 ständige Hotline – Beratungsplätze, bei hohem Bedarf erweiterbar auf 10 Plätze.

Unabdingbare Voraussetzung für ein solches im „Hintergrund“ des KVR - Bürgertelefons wirkendes Psychosoziales Beratungstelefon des RGU ist es, dass das Bürgertelefon so lange geschaltet bleibt, bis kein Bedarf an Beratung mehr besteht.

Technische und räumliche Voraussetzungen für das Psychosoziale Beratungstelefon

- Ein für Telefonberatung mit 5 Beratungsplätzen geeigneter Großraum
- 5 Telefonapparate in Reihenschaltung mit einer Servicenummer
- gesondertes Telefon für den Koordinator sowie PC für den Koordinator zum Erstellen / Zusammenfassen von Informationstexten (möglichst mit Intranet- und Internetanschluss)
- 5 PC's (ein Gerät je Beratungsplatz)
- Eine Datenbank mit den notwendigen Informationen und Adressen für die Beratungstätigkeit
- Schreibmaterial für jeden Arbeitsplatz
- Faxgerät

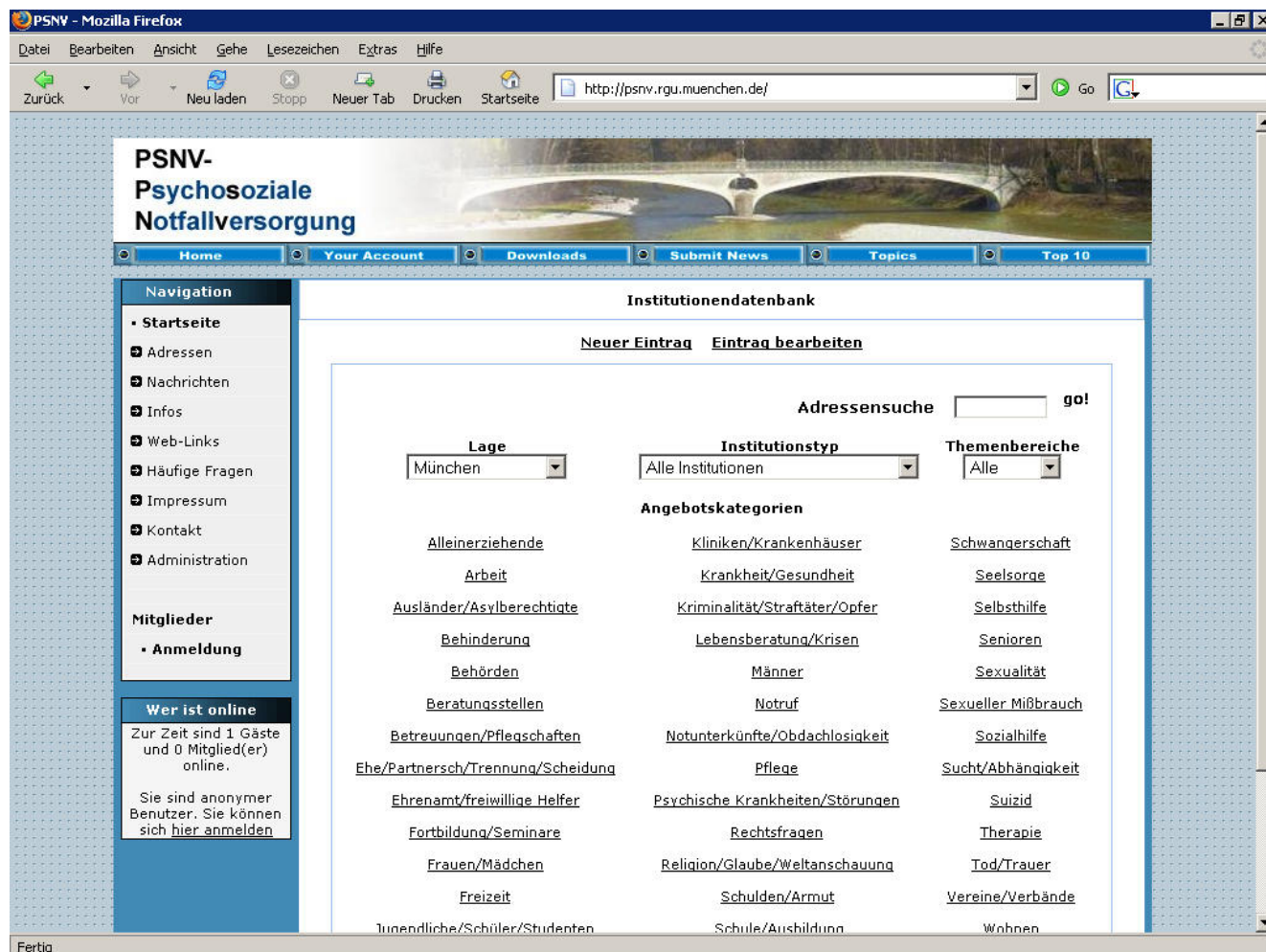
- Kopiergerät zur Vervielfältigung von Informationstexten
- Tafel / Whiteboard o.ä. zum Visualisieren von Informationen für die Telefonberater/-innen

6.4.8. Datenbank

Eine Datenbank ist ein notwendiges Arbeitsmittel im Hintergrund bei der Beratung und der Auskunft. Die Datenbank soll

- ein Informationspool über Hilfsangebote
- und eine Quelle für Antworten auf häufig gestellte Fragen Betroffener (FAQ) sein.

Das RGU erarbeitet eine umfassende Datenbank zu psychosozialen Fragestellungen. Die Datenbank dient den psychosozialen Beratern im Rahmen der Hotline als Beratungsgrundlage und steht zudem den Mitarbeitern der Koordinierungsstelle als Informationsquelle zur Verfügung.



Die Datenbank setzt sich aus fünf Bausteinen zusammen:

- Nachrichten über aktuelle Ereignisse und Änderungen in der Datenbank
- Adressverzeichnis mit Katalog und Suchfunktion
- Verzeichnis von PSNV-relevanten Internetseiten
- Häufig gestellte Fragen im Rahmen der Beratung
- Informationspool mit PSNV-relevanten Themen

Die Datenbank ist über das städtische Intranet abrufbar. Um die nötige Aktualität zu gewährleisten, ist die Benennung eines Datenbank-Verantwortlichen erforderlich, der entsprechende Änderungen an den Datensätzen vornimmt. Da die Datenbank auch über die WM 2006 hinaus für zukünftige Ereignisse vorgehalten werden soll, ist es nötig, ihre Pflege langfristig sicherzustellen.

7. Übergangsphase

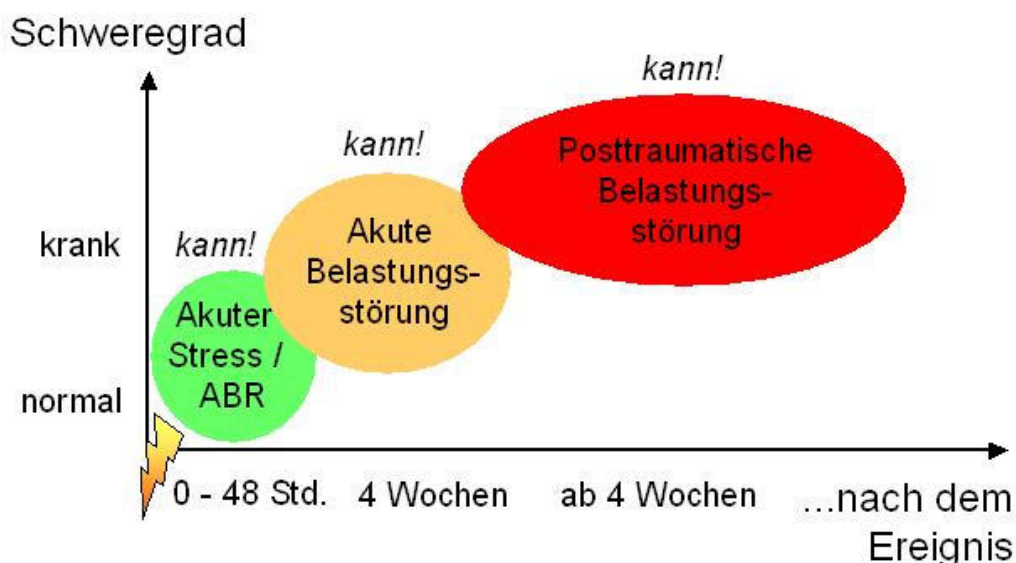
7.1. Definition der Übergangsphase

Die Übergangsphase setzt zeitlich mit dem Abzug der Rettungsdienste und der Polizei ein. Der genaue Zeitpunkt des Abzugs ist abhängig von der jeweils spezifischen Situation vor Ort, d. h. er kann nach 4 Stunden erfolgen oder auch erst nach 14 Tagen. Die Übergangsphase dauert von diesem definierten Beginn an vier Wochen.

Aus psychologischer Sicht fallen die Zeiträume, in denen vor allem eine akute Belastungsstörung (ABS) auftreten kann, in die Übergangsphase. Je nach Länge der Übergangsphase kann jedoch auch bereits eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)⁹ auftreten. Setzt die Übergangsphase bereits vor Ablauf von 48 Stunden ein, können die Betroffenen auch noch Anzeichen einer akuten Belastungsreaktion (ABR) zeigen.

In jedem Falle kann durch das frühzeitige Erkennen und den adäquaten Umgang mit entsprechenden Belastungssymptomen eine Verschlechterung bzw. Chronifizierung vermieden werden. Daher besteht expliziter Handlungsbedarf für eine psychosoziale Notfallversorgung.

⁹ Siehe Kapitel A Psychotraumatologie im Anhang



© Schmelzer, Krüsmann, 2004

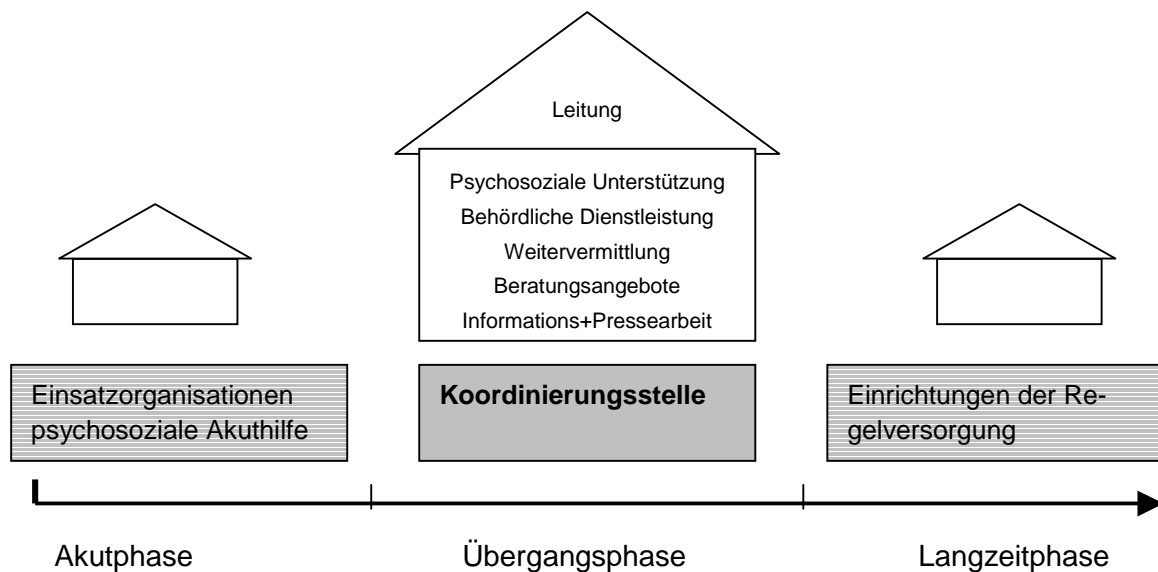
In der Übergangsphase ist die medizinische Notversorgung abgeschlossen, die Menschen fangen an, in ihr normales Umfeld und ihren Alltag zurückzukehren, ggf. „zur Ruhe zu kommen“ und merken, dass dies vielleicht nicht so funktioniert, sich seit dem Ereignis ihr Leben und ihre Reaktionsweisen verändert haben etc. Neben psychotraumatologisch begründeten Bedürfnissen werden in dieser Phase zudem unterschiedlichste Bedürfnisse der betroffenen Menschen deutlich, insbesondere aus dem psychosozialen und lebenspraktischen Bereich. Es stellen sich zum Beispiel Fragen nach finanziellen Hilfen, Fragen zum Krankenversicherungsschutz, Wunsch nach Angehörigentreffen und deren Organisation, Pflgeschäften von Angehörigen, Nachlassverfahren.

Der Erfahrung nach besteht in dieser Phase ein Höhepunkt an unterschiedlichen Bedürfnissen und Nachfragen, wobei zu beachten ist, dass sich diejenigen, die psychologische Unterstützung wirklich benötigen, aufgrund des Störungsbildes häufig nicht selbst melden.

7.2. Koordinierungsstelle RGU

Um entsprechende PSU zu gewährleisten, wird eine PSNV-Koordinierungsstelle eingerichtet. Die Koordinierungsstelle wird während der Akutphase hochgefahren, übernimmt schwerpunktmäßig die psychosoziale Unterstützung in der Übergangsphase und wird langfristig (bis über den Jahrestag hinaus) installiert. Sie ist im Referat für Gesundheit und Umwelt in der Bayerstraße lokalisiert.

Der Personalbedarf der Koordinierungsstelle orientiert sich an der jeweiligen Einsatzphase.



In der Koordinierungsstelle laufen die Fäden zusammen. Sie ist das Herz der Betreuungs- und Nachsorgevermittlung. Sie ist Knotenpunkt und Servicestelle – sowohl für die persönliche als auch telefonische Beratung der Betroffenen. Die Hauptaufgabe der Koordinierungsstelle ist, die Anliegen der Ratsuchenden entgegen zu nehmen, Bedarfe abzuklären - anfangs direkt vor Ort Hilfe zu bieten, aber so bald wie möglich an entsprechende Angebote der Regelversorgung weiter zu vermitteln.

In der Koordinierungsstelle findet man daher:

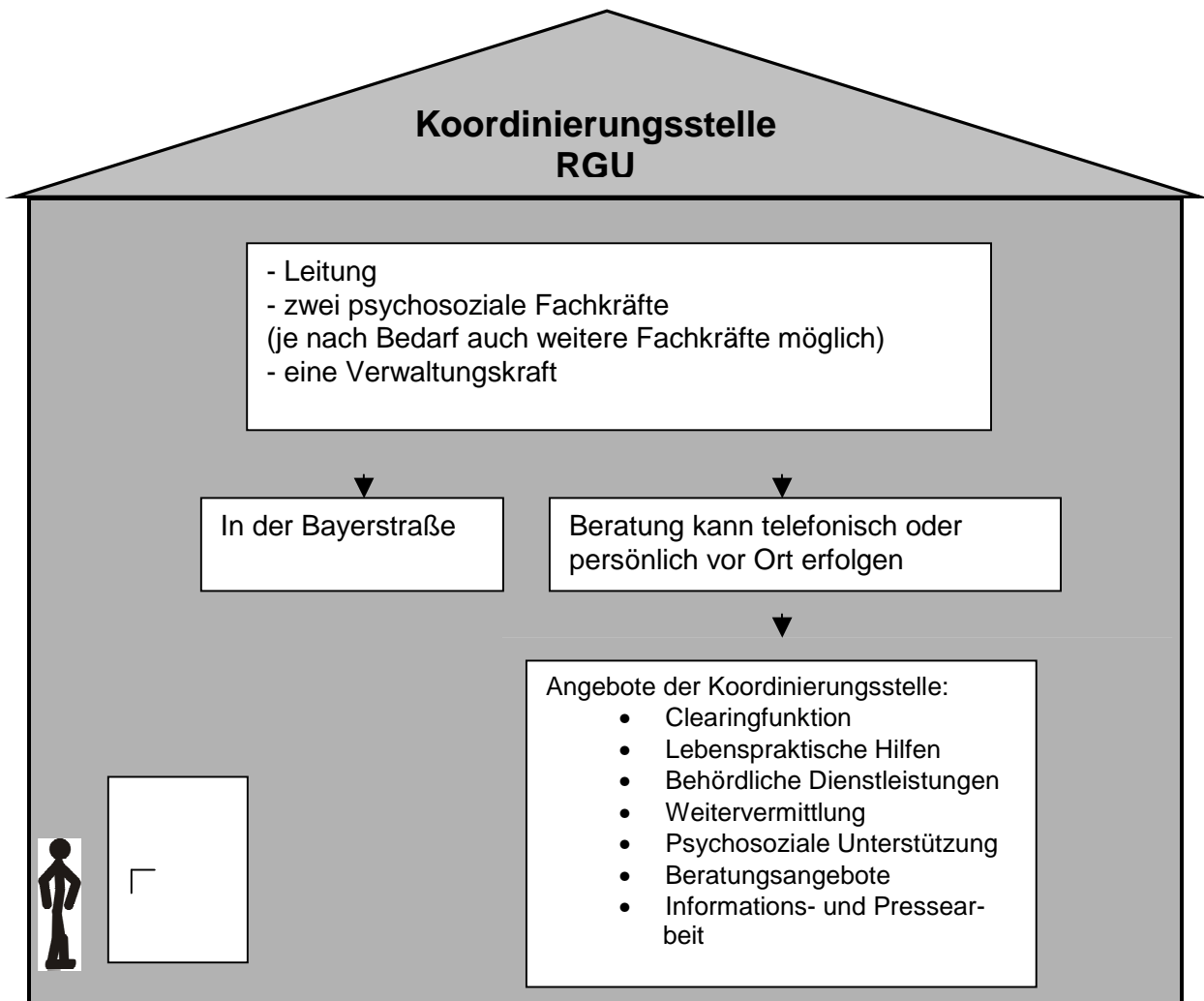
- eine Informations – und Auskunftsstelle für die Fragen der Hilfesuchenden
- eine Clearing- und entsprechende Weitervermittlungsstelle an andere Einrichtungen der Regelversorgung wie z. B. Sozialbürgerhäuser, Beratungsstellen, Traumaambulanz
- eine Anlaufstelle für Angehörige und Familienzusammenführung
- niedrigschwellige psychosoziale Betreuungsangebote
- Überführung stark belasteter bzw. psychisch traumatisierter Menschen in bestehende Beratungs- und Behandlungseinrichtungen
- einen sicheren, pressefreien Ort

Die Koordinierungsstelle muss

- für persönliche Kontaktierung gut erreichbar sein
- günstige Öffnungszeiten haben
- telefonisch erreichbar sein
- langfristig installiert sein (über den Jahrestag hinaus)
- und mit qualifiziertem Personal besetzt sein.

Aufgaben wie Pressekontakte etc. gehören prinzipiell auch zu denen der Koordinierungsstelle RGU, werden jedoch örtlich getrennt wahrgenommen, um den sicheren Raum für die Betroffenen nicht zu gefährden.

Die personelle Besetzung und die Angebote der Koordinierungsstelle in der Übergangsphase gestalten sich wie folgt:



Weitere Angebote der Koordinierungsstelle:

- Beratungsmöglichkeit zu festgelegten Sprechzeiten in der Koordinierungsstelle durch
 - Notfallseelsorge
 - Selbsthilfe
- Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme/Hinzuziehung des
 - Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Ärzt/innen vor Ort
 - Mobilen psychiatrischen Krisendienstes
 - Sanitätsrettungsdienstes
- Zudem werden Vereinbarungen getroffen, um Klient/innen beispielsweise einen schnelleren Zugang zu
 - Notfallpsycholog/innen
 - Traumaambulanz
 - weiterführender Rechtsberatungzu ermöglichen.

Die Koordinierungsstelle wird vom reduzierten RGU-Krisenstab geleitet. In der Langzeitphase übernimmt die Koordination ein/e Mitarbeiter/in vor Ort, die Leitung bleibt bei der ehemaligen Leitung des Krisenstabs.

Wird die Koordinierungsstelle RGU auf Dauer eingerichtet, kann sie bei anderen extremen Ereignissen sofort hochfahren und das System der PSNV in Gang setzen. Je nach Größe des Ereignisses werden dann die anderen Angebote „zugeschaltet“. Darüber hinaus kann der Betreuungsbedarf in Einzelfällen längerfristiger, zeitlich stark verzögert oder in größeren Abständen erneut auftreten. Der Fortbestand einer entsprechenden Stelle bedeutet für die Betroffenen daher entsprechende Sicherheit.

7.3. Personal und Personalbedarf

Aufgrund der bisherigen konzeptionellen Überlegungen ergibt sich für Umsetzung des PSNV-Konzepts ein hoher Bedarf an qualifizierten Fachkräften, die – je nach Art und Ausmaß des Ereignisses – an verschiedenen Einsatzorten und zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt werden sollen.

Für den Betrieb folgender Bausteine

- Infopoints in den Betreuungsstellen
- Mobile Betreuungseinheiten
- Psychosoziales Beratungstelefon
- Koordinierungsstelle RGU

müssen psychosoziale Fachkräfte aus städtischen Referaten (Sozialreferat, Referat für Gesundheit und Umwelt, Schulreferat) rekrutiert werden.

Dazu ist notwendig :

- Auswahl geeigneter Fachkräfte
- Qualifizierung und Training
- Einsatzplanung
- Koordination des Einsatzes im Schadensfall
- Nachsorge für diese Einsatzkräfte

Personalkonzept PSNV :

Auswahl und Qualifizierung :

Anfang 2006 begann das Auswahlverfahren mit einem Aufruf der Referenten an städt. Fachkräfte, v.a. aus dem (sozial -) pädagogischen, psychologischen und medizinischen Bereich, sich an der PSNV-Versorgung anlässlich der WM 2006 zu beteiligen. Diesem Aufruf sind bislang mehr als 100 Fachkräfte aus dem RGU, Sozialreferat und Schulreferat gefolgt.

Nur bei wenigen Fachkräften sind ausreichende Kenntnisse und Vorerfahrungen in PSNV bereits vorhanden. Es besteht somit ein hoher Bedarf an PSNV – Qualifizierung. Deshalb wird zeitnah zur WM ein PSNV – Qualifizierungs – Programm im Zeitraum April / Mai durchgeführt :

Das Programm wird 3 Arbeitstage umfassen und in Gruppen zu je 20 – 25 Teilnehmern/-innen durchgeführt. Die fachliche Leitung hat Peter Zehentner vom Kriseninterventions-Team München (KIT) im Auftrag des RGU. Inhaltliche Schwerpunkte sind:

- Einführung in das Konzept PSNV München
- Grundlagen der Psychotraumatologie
- Praxistraining Psychische Erste Hilfe
- Krisenintervention (mit Schwerpunkt Telefon – Beratung)

Die teilnehmenden Fachkräfte werden dadurch in die Lage versetzt, im Schadensfall je nach Bedarf in verschiedenen PSNV-Einsatzbereichen ihren Beitrag zu leisten. Die Inhalte der Schulungen sind so angelegt, dass die Teilnehmer auch für ihre regulären Tätigkeiten (z.B. in Sozialbürgerhäusern, Schulen, Beratungsstellen) davon profitieren.

Einsatzplanung und Koordination :

Im Schadensfall bestimmt sich der Bedarf an qualifiziertem PSNV - Personal aus mehreren (vorab nicht im Detail absehbaren) Faktoren :

- der Risikobewertung des Ereignisses (z.B. WM – Spiel)
- dem Ausmaß des Schadens
- den Anforderungen in den einzelnen Phasen
- dem Ort der PSNV-Hilfeleistung
- der aktuellen Lagebewertung

Die Einsatzplanung wird vom RGU durchgeführt. Im dargestellten Szenario für die Planungen im Rahmen der FIFA WM 2006 wird eine Mindest - Anzahl von PSNV-Kräften in Bereitschaft gehalten. Im Schadensfall erfolgt die Alarmierung telefonisch über den RGU-Krisenstab nach einem festgelegten Einsatzplan.

Besondere Einsatzschwerpunkte:

- Kinder und Jugendliche : Je nach Schadensereignis kann eine spezielle Betreuung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien notwendig werden. Hier werden PSNV-Fachkräfte des Schulreferats (KIN-MUC) vorrangig zum Einsatz kommen, in Abstimmung mit dem RGU, da sie über spezielle Qualifikationen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verfügen.
- Soziale Dienste : Im Schadensfall sollen an einzelnen Sozialbürgerhäusern (SBH) schnelle Hilfen (z.B. Unterkunft, wirtschaftliche Hilfen, Beratung) durch PSNV – geschulte Fachkräfte angeboten werden, die nach Bedarfslage auch in dem zentralen Psychosozialen Betreuungstelefon oder mobil eingesetzt werden können.

Die Planung basiert auf einer „Erstausstattung“ (d.h. als Standby-Kapazität) der PSNV-Fachkräfte während der WM. Eine Aufstockung der Fachkräfte kann durch den Krisenstab und die Koordinierungsstelle aufgrund der aktuellen Lagebewertung und Bedarfsmeldung erfolgen. Dabei wird vorrangig auf Personalressourcen der Landeshauptstadt München zurückgegriffen. Der Personal- und Planungsbedarf wird aus der folgenden Modellrechnung ersichtlich.

Geschätzter mittlerer Personalbedarf im Schadensereignis :

PSNV-Bausteine	Personalbedarf
RGU-Krisenstab	1 Leitung 1 Sekretariat 5 Stabsmitarbeiter 1 Technik/EDV
Summe	8 Stabsmitarbeiter
Doppelbesetzung 8 - 12 h/Schicht	8 Stabsmitarbeiter
Gesamtsumme	16 Stabsmitarbeiter
8 Betreuungsstellen	Je 1 Fachkraft PSU gesamt 8 Fachkräfte PSU
Mobile Teams, Hotline	ca. 30 Fachkräfte PSU 1 Verwaltung/Sekretariat
Koordinierungsstelle	2 Fachkräfte PSU 1 Verwaltung/Sekretariat
Summe	40 Fachkräfte PSU + 2 Verwaltung 2 Verwaltung/Sekretariat
Doppelbesetzung 8 - 12 h/Schicht	40 Fachkräfte PSU 2 Verwaltung/Sekretariat
Gesamtsumme	80 Fachkräfte PSU 4 Verwaltung/Sekretariat

Nachsorge

Bei einem Großschadensereignis wird innerhalb kurzer Fristen und über einen längeren Zeitraum eine beträchtliche Zahl von PSNV – Fachkräften zum Einsatz kommen. Für die Betreuung und Nachsorge der u.U. extrem belasteten Fachkräfte ist die Koordinierungsstelle zuständig, in deren Auftrag dann spezialisierte Fachleute tätig werden können.

7.4. Übergang in die Regelversorgung

Grundsätzlich lässt sich nochmals zusammenfassen, dass die Aufgabe der Koordinierungsstelle RGU in der Übergangs- und Langzeitphase nicht darin besteht, eigene Versorgungsangebote zu schaffen. Vielmehr dient die Stelle dazu, die Anliegen der Klient/innen aufzu-

nehmen, Bedarfe abzuklären und in die Einrichtungen der Regelversorgung zu vermitteln. Dazu werden bereits im Vorfeld die Einrichtungsträger für das Thema PSNV sensibilisiert, Versorgungsangebote abgeklärt und vernetzt.

7.5. Psychosoziales Beratungstelefon

Auch in der Übergangsphase wird der Betrieb des Beratungstelefons weiterhin fortgesetzt. Wie aus der Definition der Übergangsphase (Punkt 7.1.) zu entnehmen ist, wird der Erfahrung nach der Höhepunkt an Beratungsanfragen in dieser Phase liegen.

8. Langzeitphase

8.1. Definition der Langzeitphase

Die Langzeitphase beginnt ab ca. der 7. Woche nach dem extremen Ereignis.

Die Langzeitphase fällt mit dem Zeitraum zusammen, in dem eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auftreten kann (es kann aber immer auch noch eine akute Belastungsstörung (ABS) bestehen). Entsprechend erkrankte Personen bedürfen einer traumatherapeutischen Versorgung. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Betroffene häufig mit diffusen Krankheitsbeschwerden, die nicht sofort dem traumatischen Ereignis zuzuordnen sind, in der allgemeinen Krankenversorgung auftauchen.

Für eine adäquate Diagnosestellung bzw. Vermittlung in die Fachdienste ist entsprechend sensibilisiertes und fortgebildetes Personal in der allgemeinen Krankenversorgung sehr wichtig.

Im Verlauf der Behandlung (medizinisch wie auch psychologisch) können unterschiedliche Fragen auftreten, die eine weitere psychosoziale oder auch rechtliche Beratung erforderlich machen. Als Beispiel seien hier Fragen zur Wiedereingliederung oder Berentung genannt. Möglich ist auch, dass einige Personen in juristische Prozesse involviert sind und auch Opferberatung benötigen.

Die Frage nach der gesellschaftlichen Aufarbeitung des Geschehenen wird nun ebenfalls verstärkt deutlich: Wie wird der Opfer gedacht, wer kümmert sich darum? Soll es eine Gedenkstätte geben, wer wird an deren Planung wie beteiligt? Wird eine Jahrestagsfeier geplant, wie und von wem? Der gesellschaftliche, juristische und mediale Umgang mit dem Ereignis, d. h. auch die (allgegenwärtige) Präsenz des Geschehenen, können Auswirkungen auf die Verarbeitung des Geschehenen bei den Betroffenen haben.

Das Bedürfnis der Betroffenen, sich untereinander auszutauschen und die Verarbeitung zu teilen, resultiert häufig im Aufbau von Selbsthilfegruppen. Die ggf. professionelle Begleitung dieser Gruppen ist in dieser Phase zu überlegen und wenn notwendig einzuleiten.

Neben einer schrittweisen Stabilisierung der Lage, kann es z. B. durch ähnliche Ereignisse in anderen Orten, ggf. Gerichtsurteile in der Sache oder weitere kritische Lebensereignisse auf persönlicher Ebene zu erneuten instabilen Zuständen kommen. Besondere Feiertage, wie z. B. Weihnachten, Silvester oder der Geburtstag von Verstorbenen, können für Betroffene sehr belastend sein, ebenso wie der/die Jahrestag/e des Ereignisses, an dem zudem das

Interesse der Medien sprunghaft ansteigt. Die Betroffenen können in ihrer Verarbeitung zurückgeworfen werden bzw. Belastungssymptome treten erneut auf.

Um diesen vielfältigen Ansatzpunkten und Aufgaben gerecht zu werden, bleibt die in der Übergangsphase bereits beschriebene Koordinierungsstelle bestehen und übernimmt weiterhin die für die Bewältigung des extremen Ereignisses wichtigen Maßnahmen.

Die Psychosoziale Notfallversorgung ist in die Zuständigkeit der Regelversorgung übergegangen.

8.2. Langfristige Einrichtung der Koordinierungsstelle

Um auch für künftige Großschadensfälle in München gerüstet zu sein und das Konzept langfristig aufrecht zu erhalten, soll die Koordinierungsstelle langfristig im Referat für Gesundheit und Umwelt installiert werden. D.h. es gibt eine verantwortliche Mitarbeiterin / einen verantwortlichen Mitarbeiter, der mit einer wöchentlichen Stundenkapazität von ca. 10 Stunden im Rahmen der PSNV tätig ist. Hierbei gilt es vor allem, die Alarmierungspläne, die Datenbank und andere Konzeptbausteine auf dem aktuellen Stand zu halten, Auffrischungsschulungen für die städtischen Fachkräfte zu organisieren und Kooperationen mit den beteiligten Institutionen zu pflegen. Damit kann sichergestellt werden, dass bei Eintritt eines PSNV relevanten Schadenfalles die Arbeit jederzeit in der erforderlichen Größenordnung aufgenommen werden kann.

9. Angebote der stadtinternen und externen Kooperationspartner

9.1. Angebote des städtischen Schulreferats und der staatlichen Schulpsycholog/innen

Das Krisennetzwerk **KIN-MUC** des städtischen Schulreferats ist ein Zusammenschluss von Fachkräften, die im Krisenfall den Münchener Schulen zur psychologischen Notfallversorgung zur Verfügung stehen sollen, um durch frühe Intervention spätere, pathologische Entwicklungen zu vermeiden. Bei einem Großschadensfall bieten die Mitglieder des Netzwerkes eine psychologische Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche, auch im Kontext Schule, an.

Das Krisennetzwerk **KIBBS** (KrisenInterventionsBewältigungsteamBayerischerSchulpsycholog/innen) des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus (StMUK) wird in erster Linie als Garant der Fürsorgepflicht des Staates gegenüber dem Personal und dem Klientel an den Schulen (Schüler) tätig. Bei entsprechender Großschadenslage in München ist jedoch auch eine Beauftragung von KIBBS durch das StMUK für die PSU in den Betreuungsstellen sowie für notfallpsychologische Behandlungen, insbesondere für Kinder und Jugendliche denkbar.

In begrenzten Schadenslagen ist eine Beauftragung von KIBBS- Mitgliedern aus dem Großraum München auch über die Staatlichen Schulämter (München/Stadt und München/Land) bzw. über die Schulabteilung der Regierung von Oberbayern möglich. Die örtlichen KIBBS-Mitglieder binden sich in diesem Falle in die Struktur des regionalen Krisennetzwerkes KIN-MUC ein. Diesbezüglich ist noch eine Abklärung mit den dienstvorgesetzten Stellen notwendig.

Es bestehen folgende Angebote der Netzwerkmitarbeiter/innen:

In der **Akutphase:**

- Mitarbeit am Infopoint in der Betreuungsstelle als potentielle Ansprechpartner/in für Kinder und Jugendliche und um die Übergänge in die mittelfristige- und langfristige Nachsorge sicher zu stellen.

In der **Übergangsphase:**

- Angebot von Einzel- und Familiengesprächen wenn Kinder und Jugendliche traumatisiert, verletzt oder als Angehörige betroffen sind.
- Angebot von Klassen- und Einzelgesprächen, Psychoedukation, Beratung des Schulleiters bzgl. Krisenmanagement im Bezug auf die Auswirkungen auf Mitschüler, Schule, Klasse und Lehrer, wenn Kinder und Jugendliche verletzt, tot oder als Angehörige betroffen sind.
- Mitarbeit in der Koordinierungsstelle RGU als Ansprechpartner/in für Kinder und Jugendliche oder bei Bedarf Mitarbeit an einem Treffpunkt / Sammelstelle für „verlorengegangene“ Kinder.

In der Langzeitphase stehen die NetzwerkmitarbeiterInnen nur für speziell schulische Belange zur Verfügung und sofern nicht vorher geeigneter Stellen (z.B. Therapeuten) vermittelt werden konnten.

Für die Mitarbeit stehen folgende Ressourcen zur Verfügung:

- 20-30 KIN-MUC-Mitglieder
- 3 Teams von je 5-8 KIBBS-Mitgliedern
- Informationsmaterial

Aktivierung der KIN-MUC und KIBBS Mitarbeiter/innen bei einem Großschadensfall

Die konkrete Einbindung und Alarmierung der Mitarbeiter/innen von KIN-MUC und KIBBS ist in der internen Ablaufplanung des RGU-Krisenstabs festgehalten.

Grundsätzlich werden vom RGU-Krisenstab die verantwortlich genannten KIN-MUC-Koordinator/innen über ihren notwendigen Einsatz bei einem Großschadensfall informiert.

Die Alarmierung der einzelnen KIN-MUC-Mitarbeiter/innen erfolgt dann durch die Koordinator/in über einen internen Aktivierungsplan. Die Koordinator/innen stehen in einem engen Austausch mit dem RGU-Krisenstab, um Bedarfe, Einsatzorte, aktuelle Lagemeldungen und Rückmeldungen austauschen zu können.

Die Alarmierung der KIBBS-Teams erfolgt bei Bedarf über die KIN-MUC-Koordinator/innen.

Die KIN-MUC und KIBBS-Mitarbeiter/innen protokollieren ihre Tätigkeit schriftlich, damit Einsatz und Absprachen nachvollziehbar und dokumentiert sind. Die Einsatzkräftenachsorge wird von der jeweiligen Dienststelle übernommen.

9.2. Angebote des Sozialreferats

Das Sozialreferat ist in der Lage, soziale Bedarfe von Kindern und Jugendlichen, Eltern, von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, von MigrantInnen und ausländischen Hilfebedürftigen, von älteren Menschen und von Pflegebedürftigen, bei besonderen Notlagen (Wohnungslosigkeit, wirtschaftliche Not) aufzugreifen und Hilfen zu organisieren oder selbst abzuholen.

Zu bedenken ist, dass die Hilfen überwiegend im Rahmen der Regelversorgung bereitgestellt werden.

Vorteilhaft ist die dezentrale Verteilung der Sozialbürgerhäuser, die an 13 Standorten bürgernah eine umfassende Versorgung mit Angeboten und Institutionen sicherstellen können. Diese sollen den Menschen in den verschiedensten Lebensumständen helfen, wieder „auf eigenen Füßen“ stehen zu können, zumindest eine größtmögliche Unabhängigkeit von Hilfe zu erreichen.

Dafür stehen z.B. zu Gunsten einer notwendig werdenden PSNV folgende Bereiche zur Verfügung:

- Als Anlaufstellen zur Orientierung in schwierigen Lebensverhältnissen dienen generell in allen 13 Sozialregionen die MitarbeiterInnen der Bezirkssozialarbeit (sozialpädagogische Fachkräfte).
- Qualifizierte sozialpädagogische, z.T. auch psychologische Beratung und Begleitung für Kinder und Jugendliche, Unterbringung in Jugendeinrichtungen, Kontakt zu Pflegestellenangeboten usw..
- Unterbringung bei fehlender Wohnmöglichkeit.
- Wirtschaftliche Hilfen in finanziellen Notlagen, Überbrückungshilfen.
- Regelung finanzieller Belastungen bzw. der Ansprüche anlässlich unvermeidlicher Krankheitskosten, Eingliederungs- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- Für akute Notlagen von Menschen im Alter, mit Pflegebedarf oder mit psychischen Problemen steht ein Netz von 28 Alten- und Service-Zentren (ASZ) dezentral in enger Verknüpfung zu Fachstellen zur häuslichen Pflege und stationären Einrichtungen zur Verfügung.

Es wird geprüft, ob für „Nicht-MünchnerInnen“ in dringenden Fällen z.B. zwei räumlich gut erreichbare Schwerpunkt-Sozialbürgerhäuser als vorrangige Anlaufstellen benannt werden können.

Eine enge Zusammenarbeit mit den Angeboten der freien Wohlfahrtspflege und deren Einbindung in die PSNV-Maßnahmen wurde bereits als möglich und sinnvoll angesehen und würde weitere Hilfemöglichkeiten erschließen helfen.

Verbindliche Absprachen über die dafür notwendigen Schnittstellen werden vom RGU direkt mit den Wohlfahrtsverbänden und den dazugehörigen Netzwerken geführt werden.

Flankierend erschließt sich ein weiteres Netz von örtlichen sozialen Einrichtungen über die REGSAM-Anlaufstellen (Regionalisierung der sozialen Arbeit in München), die kleinräumig Kenntnis z.B. über Selbsthilfegruppen, kirchliche Einrichtungen und nachbarschaftliche Hilfen vor Ort haben.

Die obengenannten Fachlichkeiten der MitarbeiterInnen des Sozialreferates stehen in der **Übergangsphase** und besonders für die **Langzeitphase** dem RGU (federführende Stelle) unterstützend zur Seite.

Eine Einordnung in die Strukturen der RGU-Betreuung ist im Falle eines Großschadensereignisses unmittelbar über den im Sozialreferat eigens gebildeten „Krisenstab“, derzeitiger Arbeitstitel SKN (Sozialreferatsinterne Koordinierungsgruppe für den Not- und Katastrophenfall) möglich.

Die internen Alarmierungsstrukturen bei Großschadensereignissen sind noch zu regeln.

Im obengenannten SKN ist die Ansprechpartnerin/der Ansprechpartner für PSNV-Angelegenheiten die/ der jeweils vom Sozialreferat benannte Delegierte für die stadtweite Arbeitsgemeinschaft PSNV in München.

Für die Übergangsphase meldet das Sozialreferat 40 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Freiwillige) aus den unterschiedlichsten Fachbereichen als Helferinnen und Helfer für Einsatzorte im Rahmen der PSNV (Hotline, Anlaufstellen usw.) und zur vorgesehenen Fortbildung (zwecks Einsatzbefähigung).

Es zeichnet sich ab, dass zusätzliche Freiwillige gemeldet werden können, die für die mittelfristige Sicherstellung einer dauerhaften PSNV-Struktur in München eingeplant werden können.

Diese Ressource muss bezüglich der ebenfalls notwendigen Fortbildungszeiten mit dem Sozialreferat abgestimmt werden, um eine geringstmögliche Belastung des normalen Dienstbetriebes vor Ort zu gewährleisten.

9.3. Angebote der Kirchen

In der **Akutphase** arbeitet die ökumenische Bereitschaftsseelsorge für Notfälle (BSN) und Notfallseelsorge (NFS) unter der Führung des Kriseninterventionsteams (KIT) und auf Alarmierung durch das KIT.

- Personal (22 ausgebildete Mitarbeiter/innen in München)
- Kirchliche Infrastruktur (Räume, Remote-Personal zur späteren Versorgung, Unterbringung)
- Seelsorgerliche Unterstützung und Gestaltung bei der Abschiednahme der Angehörigen von Verstorbenen (auch in der Übergangsphase relevant)
- Dezentrale Öffnung von Kirchen und spirituelle Angebote zur Entlastung
- Kontakt zu fremdsprachigen Auslandsgemeinden und Seelsorgern

In der **Übergangsphase** unterstützt die Notfallseelsorge weiterhin die Betreuung und Nachsorge und ordnet sich hierzu in die Strukturen der RGU-Betreuung (s. auch Koordinierungsstelle) ein.

Es bestehen folgende Angebote der Kirchen für die Übergangs- und Langzeitphase

- Personal
- kirchliche Infrastruktur (Flughafenseelsorge, Bahnhofsmision, Telefonseelsorge, Beratungszentren, Krankenhausseelsorge, Münchner Insel-Marienplatz)

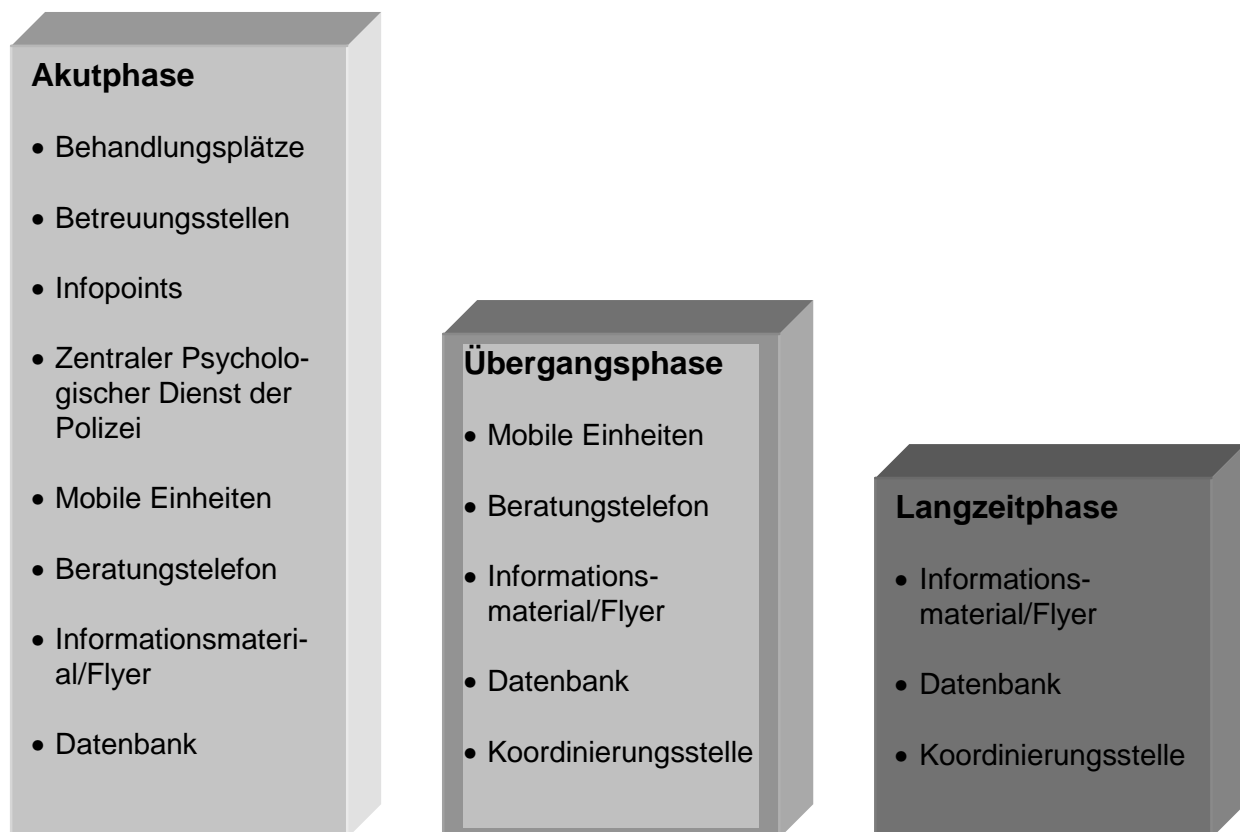
- seelsorgliche Unterstützung
- Gottesdienste / spirituelle Angebote
- Kontakte zu muslimischen Gemeinden herstellen
- Mitarbeit in der langfristigen Nachsorge für Selbsthilfegruppen

Die Übergänge zwischen den Phasen sind fließend. Einige der genannten Angebote können auch bereits in der Akutphase notwendig werden.

10. Zusammenfassung

Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat in Zusammenarbeit mit den beteiligten Institutionen ein langfristig tragfähiges Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung in Großschadenslagen entwickelt.

In der Übersicht lassen sich alle Bausteine nochmals darstellen:



Anhang

A) Psychotraumatologie

Psychologische Grundlagen

Für die Psychosoziale Notfallversorgung sind für das Verständnis, die Planung und die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen folgende psychologischen Grundlagen relevant. Werden wir mit einer traumatischen Erfahrung konfrontiert, bemerken wir in den ersten Stunden emotionale, kognitive, körperliche Stressreaktionen und Stressreaktionen auf der Verhaltensebene.

„Die ersten Stunden“ - Mögliche Symptome nach einer traumatischen Erfahrung:

Stressreaktionen – emotional

- Angst / Furcht / Unsicherheit
- Beklemmung
- Schuldgefühle
- Gefühl der Hilflosigkeit / Überwältigung
- Wutausbrüche
- Panik
- erhöhte Erregbarkeit
- Reizbarkeit / Aggression
- Depression
- Gefühlsarmut / Abstumpfung
- etc.

Stressreaktionen – kognitiv

- allgemeine Verwirrung / Konfusion
- Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung
- Desorientiertheit bezüglich Zeit, Raum und Personen
- überhöhte oder reduzierte Reaktionsbereitschaft
- Wahrnehmungs- und Konzentrationsschwierigkeiten
- Schwächen im Erinnerungsvermögen
- Schwächen im abstrakt-logischen Denken
- Verdrängung
- Abspaltung (Depersonalisation)
- etc.

Stressreaktionen – körperlich

- Schwindel- / Schwächeanfälle
- Benommenheit und Kopfschmerzen
- Erhöhter Puls
- Atemprobleme / beschleunigte Atmung
- Hyperventilation
- Sehstörungen
- Schüttelfrost / Schweißausbrüche
- Übelkeit und Erbrechen
- Muskel-/Nervenzucken
- etc.

Stressreaktionen – Verhaltensebene

- zielloses Umherlaufen
- Zurückgezogenheit / Abkapselung
- unsoziale Haltung
- seltsames / nicht der Situation angemessenes Verhalten
- Hektik / Rast- und Ruhelosigkeit
- unkontrollierte Bewegungen
- erhöhter Genuss- und Suchtmittelmissbrauch
- Veränderungen in der Sprache
- etc.

Aus einer solchen **akuten Belastungsreaktion (ABR)** kann sich eine **akute Belastungsstörung (ABS)** entwickeln.

Von einer **akuten Belastungsstörung** spricht man, wenn folgende Kriterien bzw. Symptome vorhanden sind:

- Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die **beiden** folgenden Kriterien vorhanden waren:
 - die Person erlebte, beobachtete **oder** war mit einem **oder** mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen **oder** drohenden Tod **oder** ernsthafte Verletzung **oder** eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person **oder** anderer Personen beinhalten
 - die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit **oder** Entsetzen.
- Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden **dissoziative Symptome**:
 - subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
 - Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. „wie betäubt sein“),
 - Derealisationserlebnis,
 - Depersonalisationserleben,
 - dissoziative Amnesie (z.B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).
- Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten **wiedererlebt**:
wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden, oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

Weitere (mögliche) Symptomatik:

- Deutliche **Vermeidung** von Reizen, die an das Trauma erinnern (z.B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Ort oder Personen).
- Deutliche Symptome von **Angst oder erhöhtem Arousal** (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).
- Die Störung verursacht in **klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit einer Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z.B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.
- Die Störung dauert **mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen** und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.

- Das Störungsbild geht **nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz** (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine kurze Psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse I – oder Achse II-Störung.

Wie bereits oben erwähnt, entwickelt sich bei 80 % der Personen, die eine ABS vorweisen, eine **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**.

Diese wird wie folgt diagnostiziert:

- Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
 - die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.
 - Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.
- Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
 - wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei kleineren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
 - Wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis.
Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
 - Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten).
Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
 - Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- Anhaltende **Vermeidung** von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
 - bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

- Anhaltende Symptome **erhöhten Arousal**s (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
 - Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
 - Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - Konzentrationsschwierigkeiten,
 - übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - übertriebene Schreckreaktion.

ABS und PTBS sind behandlungsbedürftig.

Bei einem extremen Ereignis, wie z. B. einem Terroranschlag auf die Allianz Arena, sind nicht nur die Opfer und Betroffenen gefährdet, psychische Störungen zu entwickeln, sondern bspw. auch Augenzeugen, Angehörige, Helfer, Einsatzkräfte und Mitarbeiter betroffener Organisationen und Unternehmen.

Personen, wie z. B. Helfer, Einsatzkräfte und Mitarbeiter/innen der PSNV, sind gefährdete Gruppen im Sinne einer sekundären Traumatisierung.

Sekundäre Traumatisierung

- Sekundärer traumatischer Stress sind die natürlichen, konsequenten Verhaltensweisen und Emotionen, die durch das Wissen entstehen, dass ein signifikanter anderer (Mensch) ein traumatisierendes Ereignis erlebt hat.
- Diese Art von Stress entwickelt sich, wenn man einem Traumatisierten oder Leidenden hilft oder helfen will.
- Sekundärer traumatischer Stress oder auch Mitgeföhlerschöpfung (compassion fatigue) ist eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit traumatisierten Menschen.
- Die Symptome des sekundären traumatischen Stress sind mit denen der Posttraumatischen Belastungsstörung fast identisch.

Die betroffenen Gruppen müssen daher in die Planungen mit einbezogen werden.

Daraus resultieren entsprechende Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention.

B) Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung (ArGe PSNV) Geschäftsordnung

Am 14.10.2005 wurde im Rahmen einer Veranstaltung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in der AKNZ in Ahrweiler eine Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung in München (ArGe PSNV) ins Leben gerufen, die vom Referat für Gesundheit und Umwelt geleitet und moderiert wird. Diese Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, die gesamte PSNV (Akutphase, mittel- und langfristige Nachsorge) für München zu koordinieren, alle beteiligten Partner zusammen zu führen und Schnittstellen zu klären.

Geschäftsordnung

der städtischen Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung für das Stadtgebiet
München

§ 1 Ziele und Aufgaben

1. Für die Planung, Koordinierung und flächendeckende Verankerung der Psychosozialen Notfallversorgung im Stadtgebiet München ist eine Arbeitsgemeinschaft gebildet.
2. Die Arbeitsgemeinschaft hat das Ziel, für den Fall eines Großschadensereignisses
 - a) die Koordinierung der psychosozialen Notfallversorgung für die Akutphase sowie die mittel- und langfristige Nachsorge sicherzustellen, alle beteiligten Partner zusammenzuführen und Schnittstellen zu klären
 - b) im Kontext der Psychosozialen Notfallversorgung die Schadensbegrenzung sicherzustellen durch:
 - Beruhigung und Normalisierung der Gesamtsituation
 - gezielte Information von Betroffenen (Gruppen), insbesondere zu
 - Vermisstensuche
 - finanziellen Hilfen
 - administrativen und rechtlichen Fragen und Problemen
 - Sicherstellung niederschwelliger psychosozialer Betreuungsangebote
 - Überführung stark belasteter bzw. psychisch traumatisierter Menschen in bestehende Beratungs- und Behandlungseinrichtungen
 - Grundversorgung im Rahmen der Unterbringung
 - Aufbau einer Datenbank
 - Organisation von Hinterbliebenen- und Opfertreffen

§ 2 Mitglieder

1. Der Arbeitsgemeinschaft gehören als ständige stimmberechtigte Mitglieder an je ein Vertreter
 - des Referates für Gesundheit und Umwelt
 - des Sozialreferates
 - des Schulreferates
 - des Kreisverwaltungsreferates
 - des Personal- und Organisationsreferates

2. Der Arbeitsgemeinschaft gehören als ständige beratende Mitglieder an je ein Vertreter
 - der Polizei
 - der Arbeitsgruppe PSU des AK SanEL
 - des KIT des ASB München
 - der katholischen Notfallseelsorge
 - der evangelischen Notfallseelsorge
 - des Referates für Arbeit und Wirtschaft.

Die Repräsentanten und deren ständige Vertreter sind namentlich der Geschäftsführung zu benennen.

3. Nach Bedarf können Gäste und Experten aus dem fachlichen Umfeld hinzugezogen werden, dies sind unter anderem Vertreter/innen
 - des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus
 - des Staatsministeriums des Innern
 - des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
 - des Bezirks Oberbayern
 - der Traumaambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)
 - des Kreisjugendrings
 - einschlägiger berufständischer Organisationen

§ 3 Geschäftsführung

1. Die Leitung der Arbeitsgemeinschaft obliegt der Abteilungsleitung Psychiatrie und Sucht des Referates für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, für den Fall der Verhinderung erfolgt die Vertretung durch das Referat für Gesundheit und Umwelt.
2. Die Leitung, bei deren Verhinderung die Stellvertretung, bereitet die Tagesordnungspunkte vor, beruft die Sitzungen ein und leitet die Beratungen und Abstimmungen.

3. Die Geschäftsführung wird durch das Referat für Gesundheit und Umwelt wahrgenommen.

§ 4 Sitzung und Beschlüsse

1. Die Sitzungen sind einzuberufen, wenn die Bedarfslage es erfordert oder wenn dies ein Viertel der Mitglieder schriftlich beantragt.
2. Die Leitung setzt die Tagesordnung fest. Die Mitglieder und Gäste werden schriftlich unter Beifügung der Tagesordnung und der einschlägigen Unterlagen zu den Sitzungen eingeladen. Die Einladung soll so rechtzeitig erfolgen, dass sie den Mitgliedern mindestens 7 Tage vor den Sitzungen vorliegt.
3. Die Sitzungen sind grundsätzlich nicht öffentlich.
4. Anträge und Themen, die in einer Sitzung behandelt werden sollen, sind nach Möglichkeit schriftlich einzubringen und kurz zu begründen. Sie sollen spätestens 2 Wochen vor der Sitzung eingereicht werden. Die Arbeitsgemeinschaft entscheidet mit Stimmenmehrheit darüber, ob später eingehende oder erst unmittelbar vor oder während der Sitzung gestellte Anträge zur Beratung und Abstimmung gebracht oder zurückgestellt werden sollen.
5. Beschlüsse werden mit Mehrheit der stimmberechtigten Mitgliedern gefasst. Wird nur die Mehrheit der anwesenden Mitglieder erreicht, hat in der nächsten Sitzung eine nochmalige Abstimmung zu erfolgen; hierbei gilt die Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Bei Stimmengleichheit ist der Antrag abgelehnt. Mindermeinungen sind auf Antrag festzuhalten.

§ 5 Sitzungsergebnisse

Über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft ist eine Niederschrift zu fertigen. Die Niederschrift muss Tag und Ort der Sitzung, die Namen der anwesenden Mitglieder und Gäste, die behandelten Gegenstände, die Beschlüsse und das Abstimmungsergebnis ersehen lassen.

Auf Wunsch werden die Stellungnahmen einzelner Teilnehmer in die Niederschrift aufgenommen oder beigegeben.

§ 6 Gültigkeit

Die Gültigkeit der Geschäftsordnung wurde am 14.12.2005 beschlossen und gilt ab diesem Zeitpunkt.

C) Glossar

→ **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)**

Die **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)** meint psychologische, soziale, administrative und seelsorgerliche Hilfen für Notfallopfer, Angehörige und Hinterbliebene, Augenzeugen, Ersthelfer, Einsatzkräfte und weitere von Notfällen Betroffene. Die PSNV gliedert sich in Deutschland in die fünf übergeordneten Angebotsstrukturen Einsatz(kräfte)nachsorge (CISM, SbE), Krisenintervention (KIT), Seelsorge in Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei und Katastrophenschutz (SFR), Notfallpsychologie (NFP), und Notfallseelsorge (NFS), die mit teilweise unterschiedlichem fachlichen Hintergrund und methodischen Ansätzen das gemeinsame Ziel der **psychosozialen Unterstützung (PSU)** Betroffener verfolgen.

(Helmerichs 2004)

(Siehe auch: Punkt 2.: Definition der PSNV)

→ **Kriseninterventionsteam (KIT)**

(...) Die Aufgabe eines **Kriseninterventionsteams (KIT)** ist zumeist auf Feuerwehr und Rettungsdienst bezogen und meint: meist ehrenamtlich tätige Helfer, oft mit rettungsdienstlicher Qualifikation, kümmern sich um verletzte oder unverletzte von einem Notfall Betroffene. Die Unterstützungsangebote der Akuthilfe (**Psychische Erste Hilfe**) orientieren sich am jeweiligen Notfall und den Bedürfnissen der Betroffenen, sie reichen von Verpflegung der Betroffenen über Sicherstellung der Versorgung von Haustieren und dem Angebot, als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen bis zur Benachrichtigung von Verwandten, Nachbarn oder anderer (professioneller) Hilfen. Die Trägerschaft von KITs ist unterschiedlich geregelt, sie reicht von Hilfsorganisationen über Vereine bis zu Kommunen. (Helmerichs 2004)

→ **Psychische Erste Hilfe**

Psychische Erste Hilfe ist eine psychologische Basiskompetenz des ärztlichen und nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals, der involvierten, zuerst Eintreffenden Bürger sowie beteiligter psychosozialer Berufsgruppen in der präklinischen Notfallmedizin. (...) Psychische Erste Hilfe ist als Basiskompetenz in der Ausbildung der beruflichen und ehrenamtlichen Rettungskräfte zu vermitteln. (...) Sie kann u.E. aber in einer Struktur der PSNV nicht als gesondertes „Angebot“, sondern als Basisqualifikation betrachtet werden. (Beerlage 2004)

→ **Critical Incident Stress Management (CISM)** **Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE)**

Critical Incident Stress Management (CISM) bzw. **Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE)** meint kurz-, mittel- und langfristige nachsorgende, nichttherapeutische Hilfen für Einsatzkräfte, in der Regel nach der Methode CISM (nach Mitchell & Everly aus den USA), umfasst aber genauso präventive Maßnahmen der Einsatzvorbereitung durch Aus- und Fortbildung zum Thema Stress und Stressbewältigung. Ziel der Einsatznachsorge ist es, durch Gespräche in Gruppen oder Einzelgespräche, psychischen und sozialen Belastungen von Einsätzen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), vorzubeugen. Die Einsatznachsorge wird vor allem von Peers, d.h. von besonders geschulten Einsatzkräften, umgesetzt.

Diese „Kollegenhilfe“ oder auch „Kameradenhilfe“ ist wesentlich für die Akzeptanz von Nachsorge unter Einsatzkräften. Die fachliche Leitung der Einsatznachsorgemaßnahmen haben dafür speziell qualifizierte psychosoziale Fachkräfte (Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter, Ärzte etc.) (Helmerichs 2004)

→ **Peer**

Peers sind besonders geschulte, psychosozial basisqualifizierte Einsatzkräfte und leisten in definierten Aufgaben (Einzelgespräche) psychosoziale Kollegenhilfe bzw. Kameradenhilfe, insbesondere in der eigenen Einsatzorganisation (als Expertengruppe 1). Sie können (...) in definierten Interventionsprogrammen (Kurzbesprechung, Einsatzabschluss und Nachbesprechung belastender Einsätze) *Angehörige der Einsatzorganisation** begleiten, unterstützen und damit auch in der Amtshilfe tätig werden (Expertengruppe 2 und 3 nach vorher vereinbarter Regelung). (Beerlage 2004)

→ **Notfallseelsorge (NFS)**

Notfallseelsorge ist ein Angebot der kurzfristigen und mittelfristigen Krisenintervention (bis ca. 4 Wochen nach einem Schadensereignis) für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene und Augenzeugen, das neben den allgemeinen Merkmalen der psychosozialen Akuthilfe insbesondere christlich-religiöse Formen des Beistandes in Notfallsituationen gewährt, wo dies von den Betroffenen thematisiert bzw. gewünscht wird. Zur Notfallseelsorge qualifiziert eine entsprechend anerkannte Notfallseelsorge-Ausbildung. (Beerlage 2004)

→ **Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, Polizeiseelsorge, Militärseelsorge**

Seelsorge ist nur dann **Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, Polizeiseelsorge, Militärseelsorge**, wenn Seelsorger Angehörige der Behörden und Organisationen sind oder zu diesen in einem Beauftragungsverhältnis stehen, das mit den Kirchen vertraglich geregelt ist. Aufgabe ist die kurz-, mittelfristige und langfristige seelsorgliche, nicht notwendig an Extremereignisse geknüpfte Begleitung und Unterstützung der Einsatzkräfte. (Beerlage 2004)

→ **Notfallpsychologie**

(...) Der Schwerpunkt der theoretischen **Notfallpsychologie** ist die **Psychotraumatologie**, d.h. die Lehre der psychischen Traumafolgen. In der praktischen Notfallpsychologie wird durch konkrete psychologische Interventionen die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung psychischer Stabilität bei Personen, die von Notfällen betroffen sind, unterstützt. Dazu gehören psychologische Stabilisierungsmaßnahmen in der Akutsituation und in den Tagen und Wochen nach einem Notfall, aber auch spätere individuelle Weiterbetreuung und, im Einzelfall, Psychotherapie. Betätigungsfelder ergeben sich u.a. bei und nach Raubüberfällen, Geiselnahmen, Entführungen, schweren Verkehrs- und Arbeitsunfällen. (...) Die Akzeptanz von Notfallpsychologen im Arbeitsfeld von Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei wird – ebenso wie bei Notfallseelsorgern – deutlich dadurch bestimmt, dass sie neben ihrer fachlichen Qualifikation auch Kenntnisse und Erfahrungen aus dem Einsatzgeschehen (Feldkompetenz) mitbringen. Die Leistungen der Notfallpsychologie werden durch den Auftraggeber oder über Versicherungen (Unfallkasse und BG für Einsatzkräfte) honoriert. (Helmerichs 2004)

→ **Notfallpsychologische, psychotraumatologische Diagnostik und Psychotherapie**

Durchführung von Diagnostik und therapeutischer Frühintervention bedürfen der Qualifikation zur psychologischen Psychotherapie auf Seiten der Notfallpsychologen / Psychotraumatologen und der Beauftragung durch den Leiter PSNV.
(in Anlehnung an Beerlage 2004)

→ **Fachberater PSU**

Der Fachberater PSU ist Teil der technischen Einsatzleitung oder des operativ-taktischen Führungsstabs in der Großschadenslage oder im Katastrophenfall und berät hier in allen psychosozialen Fragestellungen (Bedarfsermittlung, Einsetzung eines Leiters PSU, Aufbau von PSU-Einsatzabschnitten, Ausgestaltung eines Betreuungsplatzes etc.). Er kommuniziert mit externen psychosozialen Fachdiensten und Experten und über die Einsatzleitung mit dem Leiter PSU. Seine Alarmierung erfolgt über die Leitstelle. (Helmerichs 2004)

→ **Leiter Psychosoziale Unterstützung (LPSU) – Leiter des Unterabschnitts PSU (UAL PSU)**

Der LPSU ist fachlicher Leiter des gesamten PSU-Einsatzes bis zur Auflösung der Einsatzleitung und ist im Rahmen der Führungsorganisation dem Einsatzleiter unterstellt. Er hat die Aufgabe der psychologischen und seelsorgerlichen Lagefeststellung und Lagebeurteilung und der kontinuierlichen Ermittlung des PSU-Bedarfs. Er wird von der Leitstelle nach vorgegebenen Einsatzstichworten (z.B. MANV = Massenansturm von Verletzten) alarmiert und ist im Einsatzabschnitt Betreuung bzw. an der Betreuungsstelle (Unterabschnitt PSU) eingesetzt. Der LPSU wird organisatorisch durch einen Führungsassistenten PSU (vergleichbar wie bei LNA und OrgL) unterstützt und steht in enger Kommunikation mit dem Fachberater PSU. (Helmerichs 2004)

→ **Führungsassistent PSU (FüAss PSU)**

Der Führungsassistent unterstützt den LPSU durch logistisches Management und Kommunikation zwischen Leitstelle, operativen PSU-Einheiten, Fachberater PSU und LPSU. Sein Tätigkeitsfeld ist die Einsatzleitung oder sind die Einsatzabschnitte an der Schadensstelle. Die Alarmierung der FüAss PSU erfolgt parallel zum LPSU. (Helmerichs 2004)

D) Abkürzungsverzeichnis

ABR - akute Belastungsreaktion

ABS – akute Belastungsstörung

BSN – Bereitschaftsseelsorge für Notfälle

CISM – Critical Incident Stress Management

EAL – Einsatzabschnittsleitung

EPIC – Emergency procedure information center

FAQ – Quelle für Antworten auf häufige Fragen Betroffener

FüGK – Führungsgruppe Katastrophenschutz

GAL - Gefahrenabwehrleitung

GAST – Gemeinsame Auskunftsstelle

KIBBS – KrisenInterventionsBewältigungsteamBayerischerSchulpsycholog/innen

KinMuc – Krisennetzwerk München

KIT – Kriseninterventionsteam

KOST - Koordinierungsstelle

KVR – Kreisverwaltungsreferat

MANV – Massenanfall von Verletzten

NFP – Notfallpsychologie

NFS – Notfallseelsorge

ÖEL – Örtliche Einsatzleitung

PSNV – Psychosoziale Notfallversorgung

PSU – Psychosoziale Unterstützung

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

RAW – Referat für Arbeit und Wirtschaft

RGU – Referat für Gesundheit und Umwelt

SAE – Stab außergewöhnlicher Ereignisse

SanEL – Sanitätseinsatzleitung

SEG – Sondereinsatzgruppe

SFR – Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst

StMUK – Staatsministerium für Unterricht und Kultus