

Konzept

Psychische Resilienz von Klinikmitarbeitenden im Bündnisfall

**Dr. Christina Jochim
Marc Schreiner**

Berlin, September 2026

**Handlungsempfehlung der Psychotherapeutenkammer Berlin und
der Berliner Krankenhausgesellschaft**

Impressum

Herausgeber:

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Hallerstraße 6
10587 Berlin
Internet: www.bkgev.de

Psychotherapeutenkammer Berlin, KÖR

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Internet: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Gemeinsames Konzept der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. Verantwortlich im Sinne des Presserechts: die Vorstände der beiden Institutionen.

Inhalt

Kompakt-Briefing für Klinikleitungen und Führungskräfte.....	4
1. Einleitung und Auftrag	5
2. Warum der Bündnisfall psychologisch eine besondere Lage ist	6
3. Wissenschaftliche Grundlagen	6
3.1 Organisationsdiagnostik und gesundheitsförderliche Führung	6
3.2 Stresstheoretische Grundlagen	7
3.3 Selbstbestimmungstheorie und Motivation	7
3.4 Evidenz: Resilienz als Organisations- und Führungsaufgabe.....	7
4. Belastungsprofile und Risikodynamiken im Bündnisfall	8
4.1 Fünf typische Belastungstreiber	8
4.2 Besonders kritische Risikodynamiken	8
5. Schutzfaktoren: Was psychisch stabilisiert.....	9
6. Erforderliche Strukturen im Krankenhaus.....	9
Baustein 1: Psychosoziale Lagefunktion im Krisenstab	9
Baustein 2: Koordinationsstelle Mitarbeitendenresilienz	10
Baustein 3: Peer-Support-Netzwerk.....	10
Baustein 4: Krisensprechstunde und Überleitungspfade.....	10
Baustein 5: Belastungsmonitoring.....	10
Baustein 6: Langfristige Nachsorge	10
7. Was vor dem Ereignis implementiert werden muss.....	10
7.1 Führungskräfte training	11
7.2 Standard Operating Procedures (SOPs)	11

7.3 Entstigmatisierung und Kommunikation	11
7.4 Übungen mit psychosozialem Szenario	11
7.5 Verzeichnis von Hilfswegen	11
7.6 Kooperation mit Dolmetscherdiensten	11
8. Stufenmodell der psychosozialen Unterstützung	12
9. PSNV-E: Einsatznachsorge für Krankenhauspersonal	12
9.1 Wichtige Prinzipien (nach BBK-Standards)	12
10. Phasenspezifische Maßnahmen	13
10.1 Akutphase: Erste 72 Stunden	13
10.2 Mittlere Phase: Woche 2 bis Monat 3	13
10.3 Langfristige Phase: ab Monat 3	13
11. Betreuung von Angehörigen Kriegsversehrter	14
11.1 Besondere Belastungssituation der Angehörigen	14
11.2 Strukturmaßnahmen in der Klinik	15
Dolmetscher- und Sprachmittlerdienste	15
Psychosoziale Begleitung: Zuständigkeit und Struktur	15
Praktische und logistische Unterstützung	15
11.3 Kulturelle und religiöse Sensibilität	16
11.4 Was vor dem Ereignis implementiert sein sollte	16
12. Verantwortlichkeit und Qualitätssicherung	16
12.1 Verantwortlichkeiten	16
12.2 Mindeststandard je Haus	17
13. Empfehlungen und nächste Schritte	17
14. Quellenverzeichnis	18

Kompakt-Briefing für Klinikleitungen und Führungskräfte
Dr. Christina Jochim / Marc Schreiner
Stand September 2026

PSYCHISCHE RESILIENZ VON KLINIKMITARBEITENDEN IM BÜNDNISFALL

Berliner Krankenhäuser würden im Bündnisfall als Teil der Zivilschutz-Infrastruktur zentrale Aufgaben übernehmen. Damit einhergehende Belastungen gehen weit über normale Großschadenslagen hinaus, z.B. weil es sich um eine Dauerlage statt einer Einsatzspitze handelt. Erfahrungen aus der Ukraine zeigen bis zu 70 % Mehrbelastung und Personalabgänge von bis zu 10 % zu Beginn der Krise (Schreiner & Harhaus-Wähner, 2025). Dieses Konzept verfolgt zwei gleichrangige Ziele: den Schutz der psychischen Gesundheit und des Wohlergehens der Mitarbeitenden selbst und die Versorgungssicherheit der Klinik. Beide bedingen einander und lassen sich im Ereignisfall kaum improvisieren – Vorbereitung entscheidet.

Kernthesen

- Psychische Gesundheit von Klinikmitarbeitenden ist im Bündnisfall eine Frage der Versorgungssicherheit.
- Resilienz gelingt nicht durch Appelle an individuelle Stärke, sondern durch Struktur, Führung und gestufte Unterstützung.
- Was vor dem Ereignis nicht aufgebaut ist, lässt sich im Bündnisfall schwer improvisieren.

Sechs Strukturbausteine – Mindeststandard je Haus

Nr.	Baustein	Kernfunktion
1	Psychosoziale Lagefunktion im Krisenstab	Benannte Person berichtet psychische Personallage als eigenständigen Lagepunkt
2	Koordinationsstelle Mitarbeitendenresilienz	Steuert Maßnahmen, vernetzt Ressourcen, hält Überleitungspfade aktuell
3	Peer-Support-Netzwerk	Zertifiziert BKK, klare Alarmierung, regelmäßige Supervision
4	Krisensprechstunde & Überleitungspfade	Niedrigschwellig, vertraulich, getrennt von der Personalakte
5	Belastungsmonitoring	Ausfallquoten, Fehlzeiten; ab ca. 4 Wochen validiertes Screening (PHQ-4, PC-PTSD-5)
6	Langfristige Nachsorge	Rückkehrpfade, Wiedereingliederung, Supervision, Lessons Learned

Was jetzt vorbereitet werden muss

- Führungskräfte training: Warnzeichen erkennen, PFA-Prinzipien, Selbstfürsorge als Führungsaufgabe
- SOPs für Alarmierung, Entlastung, Überleitung und Nachsorge operativ fixiert
- Entstigmatisierung: Hilfe-Inanspruchnahme als professionskonform kommunizieren, getragen von Klinikleitung und Chefärzt*innenschaft
- Übung mindestens eines Zivilschutz-/Bündnisfall-Szenarios pro Haus, angebunden an bestehende Katastrophenschutzübungen
- Kooperation mit Dolmetscherdiensten und Konzept für die Betreuung von Angehörigen Kriegsversehrter (PSNV-B)

Verantwortlichkeiten

- Klinikleitung und Geschäftsführung/Personalverantwortliche: strategische Entscheidung, Ressourcen, Vorbildfunktion
- Katastrophenschutzbeauftragte: Integration in Krisenplanung, SOPs, Übungen
- Betriebsmedizin / Betriebspsychotherapie: operative Umsetzung und Monitoring

Empfohlene nächste Schritte

- Funktion „psychische Lage“ der Belegschaft im Krisenstab benennen
- Peer-Support-Netzwerk aufbauen bzw. nach BBK-Curriculum qualifizieren
- Mindestens eine Übung mit Bündnisfall-Szenario durchführen
- Hausweite Entstigmatisierungskampagne mit Rückendeckung starten

1. Einleitung und Auftrag

Die sicherheitspolitische Lage Europas hat sich seit der russischen Vollinvasion in die Ukraine verändert. Militärexpert*innen gehen von einer weiteren Zuspitzung der Sicherheitslage bis hin zu einem möglichen militärischen Konflikt und Bündnisfall in den nächsten drei Jahren aus. Deutschland wachsen in dieser Lage zwei zentrale Funktionen zu: Zum einen dient es, bedingt durch seine zentrale Lage auf dem europäischen Kontinent, als „Drehscheibe“ für die Logistik von umfangreichen Personal- und Materialaufkommen. Bereits in diesem Zusammenhang ist mit einem steigenden Behandlungsbedarf zu rechnen. Zum anderen sind neben der kontinuierlichen Versorgung der Bevölkerung, im Rahmen des „host-nation-support“ Kriegsversehrte und Geflüchtete gesundheitlich zu versorgen.

Mit der erwartet hohen Zahl an Betroffenen sowie aufgrund der kriegsassozierten, in Friedenszeiten so nicht gekannten medizinischen Herausforderungen, kann die Bewältigung der Aufgaben im Rahmen der zivilen Verteidigung nur bei guter Zusammenarbeit aller Akteure gelingen: von der ambulanten über die akutstationäre Versorgung über die Rehabilitation bis hin zur Pflege sollten alle Bereiche Vorbereitungen auf besondere und langanhaltende Lagen treffen.

Berliner Krankenhäuser würden in einem solchen Szenario als Teil der Zivilschutz-Infrastruktur eine zentrale Rolle übernehmen und stünden dabei vor Belastungen, die qualitativ weit über normale Großschadenslagen hinausgehen. Dazu benötigt Deutschland eine ausreichend vorhandene und resiliente Krankenhausversorgungsinfrastruktur: Gebäude, apparative Ausstattung, Redundanzen für Betriebsmittelbedarfe wie Energie oder Wasser müssen ebenso gesichert sein wie die Beschaffung von Material, die Mobilität für Patienten oder Beschäftigte sowie die Kommunikation.

Kern der Versorgungssicherung sind jedoch verfügbare sowie belastungsfähige Mitarbeitende in den Kliniken. Sie in ausreichendem Maß auf die neuen medizinischen Behandlungserfordernisse zur Versorgung von kriegsassozierten Wundbildern und Traumata vorzubereiten ist ebenso zentral wie die psychosoziale Stabilität der „Ressource Mensch“ herzustellen.

Bei der (hoffentlich nicht eintretenden, jedoch) nicht unrealistischen Voraussetzung eines militärischen Konflikts wäre ein Unterlassen zumutbarer Vorbereitungshandlungen nicht darstellbar. Anders als bei einer plötzlich auftretenden Pandemie, beispielsweise der Coronavirus-Pandemie, sind Anforderungen an Mitarbeitenden-Stabilisierung hier noch zu identifizieren und können von den Verantwortlichen noch umgesetzt werden.

Diesem Zweck dient dieses Konzept. Es richtet sich an Klinikleitungen, Katastrophenschutzbeauftragte, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und psychosoziale Fachkräfte. Ziel ist es, einen evidenzbasierten Rahmen für den Aufbau psychischer Resilienz des Krankenhauspersonals zu schaffen von der Prävention über die Akutphase bis zur langfristigen Nachsorge.

Kernthesen dieses Konzepts

1. Psychische Gesundheit von Klinikmitarbeitenden ist im Bündnisfall eine Frage der Versorgungssicherheit.
2. Resilienz gelingt nicht durch Appelle an individuelle Stärke, sondern durch Struktur, Führung und gestufte Unterstützung.
3. Was psychosozial vor dem Ereignis nicht aufgebaut ist, lässt sich im Bündnisfall schwer improvisieren.

2. Warum der Bündnisfall psychologisch eine besondere Lage ist

Ein Bündnisfall ist keine verlängerte Großschadenslage. Er erzeugt eine qualitativ andere Form psychischer Belastung, die spezifische Konzepte erfordert:

- **Dauerlage statt kurzer Einsatzspitze:** Die Belastung erstreckt sich über Wochen und Monate ohne absehbares Ende.
- **Parallelität der Stressoren:** Patientenversorgung, eigene Bedrohung, Ressourcenknappheit und Unsicherheit überlagern sich gleichzeitig.
- **Rollenkonflikt:** Das Personal könnte zwischen professioneller Pflicht und der möglichen Sorge um eigene Familienmitglieder und die eigene Sicherheit stehen.
- **Moralischer Druck:** Triage-Entscheidungen, das Priorisieren von Versorgungsleistungen und das Aushalten von Leid erzeugen moralischen Distress.
- **Selbstwirksamkeit:** Der Verlust von Kontrolle und Planbarkeit über Monate destabilisiert das psychische Fundament.

Wichtige Erfahrungswerte aus der Ukraine sind (Schreiner & Harhaus-Wähner, 2025):

- Bis zu 70 % Mehrbelastung eines Krankenhauses gegenüber Friedenszeiten
- Zu Beginn Flucht von bis zu 10 % des medizinischen und Verwaltungspersonals
- Frontnahes Personal ist stark Burnout-gefährdet
- Moral, positives Betriebsklima und Bindung werden als kriegsrelevant eingestuft
- Psychotherapeutische Versorgung wird zunehmend zur Stabilisierung der eigenen Beschäftigten genutzt

3. Wissenschaftliche Grundlagen

3.1 Organisationsdiagnostik und gesundheitsförderliche Führung

Nach dem Rahmenmodell der Organisationsdiagnostik (Felfe & Liepmann, 2008) sind Zufriedenheit und Wohlbefinden von Mitarbeitenden das Ergebnis eines komplexen

Wechselspiels zwischen individuellen, sozialen und strukturellen Faktoren. Für den Klinikkontext im Bündnisfall sind besonders relevant:

- Health-oriented Leadership (HoL; Franke, Ducki & Felfe, 2015): Führungskräfte, die aktiv die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden im Blick behalten, senken nachweislich Burnout-Raten und erhöhen die Arbeitsfähigkeit in Hochlastphasen.
- Transformationale Führung reduziert Stresserleben signifikant, während Laissez-faire-Führung in Krisenlagen besonders schädlich wirkt.

3.2 Stresstheoretische Grundlagen

Das kognitiv-transaktionale Stressmodell (Lazarus, 1984/1991) ist für das Verständnis individueller Belastungsreaktionen zentral: Entscheidend ist nicht die objektive Belastung, sondern die subjektive Bewertung und ob ausreichend Bewältigungsressourcen wahrgenommen werden. Organisatorische Maßnahmen wirken direkt auf diese Bewertungsprozesse.

Das Job-Demands-Resources-Modell (Bakker & Demerouti, 2014) zeigt: Burnout entsteht dort, wo hohe Anforderungen auf geringe Ressourcen treffen. Resilienz ist damit primär eine Ressourcen-Frage und Ressourcen sind zu einem erheblichen Teil strukturell herstellbar.

3.3 Selbstbestimmungstheorie und Motivation

Nach Deci & Ryan (2008) erfordert psychisches Wohlbefinden die Erfüllung dreier Bedürfnisse: Autonomie, Kompetenzerleben und soziale Eingebundenheit. Im Bündnisfall sind alle drei Bedürfnisse gefährdet und müssen durch gezielte organisatorische Maßnahmen geschützt werden.

3.4 Evidenz: Resilienz als Organisations- und Führungsaufgabe

Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) und des Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BKK) sind:

- WHO: Prävention psychischer Belastung am Arbeitsplatz bedeutet, psychosoziale Risiken in den Arbeitsbedingungen selbst zu adressieren und nicht nur individuelles Coping zu trainieren.
- NIOSH: Burnout hängt stark mit Arbeitsbedingungen und dem Vertrauen in Führung zusammen.
- NIOSH: Zwei-Wege-Kommunikation und aktive Beteiligung der Mitarbeitenden sind zentrale Schutzfaktoren.
- NICE (NG116): Verpflichtende psychologische Debriefings sollen NICHT angeboten werden – Freiwilligkeit und Stufenlogik sind entscheidend.

4. Belastungsprofile und Risikodynamiken im Bündnisfall

4.1 Fünf typische Belastungstreiber

Belastungstreiber	Mechanismus	Besonderes Risiko im Bündnisfall
Dauerstress unter Unsicherheit	Unklare Zeitdauer, ständige Lagewechsel	Kein absehbares Ende führt zu Erschöpfungsspiralen
Rollenkonflikt (Beruf vs. Familie)	Konkurrenz zwischen Pflichtzentrum und Sicherheitsbedürfnis	Loyalitätskonflikte destabilisieren langfristig
Moral Distress	Priorisierung, Schuld, Ohnmacht	Führt zu Rückzug und innerer Kündigung
Kumulative Exposition	Schwerverletzte, Sterbende, Angehörigenkontakt	Sekundäre Traumatisierung kann kumulativ entstehen
Physische Erschöpfung	Schlaf-, Pausen-, Ernährungsmangel	Kein absehbares Ende führt zu Erschöpfungsspiralen

4.2 Besonders kritische Risikodynamiken

Folgende Risikodynamiken sind aus psychologischer und psychotherapeutischer Sicht zu beobachten:

- **Kumulative Belastung:** Einzelne Stressoren sind für Klinikpersonal gut bewältigbar und Teil des Alltags und der Qualifikation. Die Gleichzeitigkeit und unbestimmte Dauer können jedoch Kapazitäten übersteigen.
- **Schlafentzug:** Bereits nach 17 bis 19 Stunden Schlafentzug zeigen sich kognitive Leistungseinbußen, die einem Blutalkohol von 0,5 ‰ entsprechen; nach 24 Stunden liegt die Beeinträchtigung auf dem Niveau von 1,0 ‰ (Williamson & Feyer, 2000). Zum Vergleich: Die Promillegrenze für absolute Fahruntüchtigkeit liegt bei 1,1 ‰.
- **Moralische Verletzbarkeit:** Entscheidungen, die eigenen ethischen und fachlichen Standards widersprechen, hinterlassen nachhaltige psychische Spuren.
- **Abnahme von Selbstwirksamkeit:** Das Gefühl, nichts bewirken zu können, ist ein starker Prädiktor für depressive Episoden und PTBS.
- **Gefühl des Alleingelassen-Seins:** Fehlende Führungspräsenz und Kommunikation verstärken alle anderen Belastungen deutlich.

- Wichtig bei der Identifikation und Einschätzung von Risikodynamiken ist: **Akute Stressreaktionen** sind in einem Bündnisfall erwartbar und zunächst nicht automatisch krankheitswertig. Die Grundhaltung in der Psychosozialen Notfallversorgung lautet deshalb, dass Ressourcen aktivieren werden sollen und man Belastungsreaktion nicht pauschal pathologisieren darf.
- BKK: **Sicherstellung früher Unterstützung** und eine nahtlose Überleitung in mittel- und langfristige Strukturen

5. Schutzfaktoren: Was psychisch stabilisiert

Die stärksten psychologischen Schutzfaktoren im Bündnisfall sind vor allem struktureller Natur, weniger individueller. Psychologisch zentral sind: Sicherheit, Orientierung, Selbstwirksamkeit, soziale Zugehörigkeit und Hoffnung.

Organisatorische Schutzfaktoren	Kommunikative Schutzfaktoren
Klare Rollen und transparente Prioritäten	Vermeidung von Informationsvakua
Sichtbare, verlässliche Führungspräsenz	Regelmäßige Lage-Briefings auf allen Ebenen
Geregelte Pausen, Rotation und Schlaf	Peer-Support als sozialer Schutzpuffer
Basale Versorgung (Essen, Trinken, Ruheräume)	Anerkennung und institutionelle Wertschätzung
Soziale Eingebundenheit und Teamkohäsion	Klare Überleitungspfade bei Überforderung
Niedrigschwellige Hilfe ohne Stigmatisierung	Entstigmatisierung von Hilfe-Inanspruchnahme
Sinnerleben: Wissen, wofür man da ist	Rückkehr-Garantien und Wiedereingliederung

6. Erforderliche Strukturen im Krankenhaus

Strukturen müssen vor dem Ereignis aufgebaut sein. Was im Bündnisfall nicht existiert, kann mit der dann durch volatile Lagen notwendigen Priorisierung auf Krisenmanagement nur sehr schwer improvisiert werden. Die folgenden sechs Bausteine bilden den minimalen Implementierungsstandard für Berliner Krankenhäuser.

Baustein 1: Psychosoziale Lagefunktion im Krisenstab

Die psychische Lage des Personals muss als eigenständiger Lagepunkt im Krisenstab verankert werden. Eine benannte Person (z. B. Betriebspsychotherapeut*in, leitende Psychotherapeut*in einer Fachabteilung) trägt die Verantwortung für:

- kontinuierliches Monitoring der Personalbelastung
- Identifikation von Hotspot-Bereichen und Risikogruppen

- Berichterstattung an die Klinikleitung als gleichwertiger Lagepunkt neben medizinischer und logistischer Lage

Baustein 2: Koordinationsstelle Mitarbeitendenresilienz

Eine operativ handlungsfähige Koordinationsstelle steuert alle psychosozialen Maßnahmen, vernetzt interne und externe Ressourcen und hält Überleitungspfade aktuell. Sie ist nicht psychotherapeutisch tätig, sondern koordinierend und schnittstellenverbindend.

Baustein 3: Peer-Support-Netzwerk

Ausgebildete Peer-Supporter*innen (Kolleg*innen aus verschiedenen Berufsbereichen) bilden die Basis der niedrigschwelligen psychosozialen Unterstützung. Anforderungen an ein Peer-Support-Netzwerk sollten sein:

- spezifische Qualifizierung (mind. 40 Stunden, zertifiziert nach BBK-Standards)
- klare Alarmierungswege und definierte Einsatzbereiche
- regelmäßige Supervision durch Psychotherapeut*innen
- Schutz der Peer-Supporter*innen selbst vor Überforderung

Baustein 4: Krisensprechstunde und Überleitungspfade

Eine niedrigschwellige, vertrauliche Anlaufstelle für akut belastete Mitarbeitende sollte sichtbar und leicht erreichbar sein. Wichtig ist die strikte Trennung von Personalakte und psychotherapeutischen Kontakten, um Stigmatisierung zu vermeiden und Niedrigschwelligkeit zu unterstützen. Es sollten definierte Überleitungspfade identifiziert und definiert werden (intern: Betriebsmedizin, Psychiatrie; extern: Psychotherapiepraxen, Krisendienst Berlin).

Baustein 5: Belastungsmonitoring

Die Etablierung einer systematischen Beobachtung von Stresssignalen auf Teamebene ist empfohlen: Ausfallquoten, Konflikthäufigkeit, Fehlzeiten, Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Ab etwa vier Wochen Einsatzdauer ist im Sinne eines gestuften Vorgehens auch der Einsatz validierter Kurzscreening-Instrumente sinnvoll (z. B. PHQ-4, PC-PTSD-5).

Baustein 6: Langfristige Nachsorge

Resilienz-Arbeit braucht aus psychologischer Sicht Nachsorge und endet nicht mit dem Ereignis. Dabei sind folgende Aspekte hilfreich: Rückkehrpfade, systematische Wiedereingliederungsgespräche, Supervision und institutionelles „Lessons Learned“ sollten als Prozesse verankert sein.

7. Was vor dem Ereignis implementiert werden muss

Vorbereitung entscheidet darüber, ob im Ereignis improvisiert oder gesteuert wird. Die folgende Liste beschreibt den Mindeststandard an Vorbereitungsmaßnahmen, gegliedert nach Handlungsbereich.

7.1 Führungskräftetraining

- Training für psychische Hochlast- und Unsicherheitslagen
- Schulung in: Erkennen psychischer Warnzeichen, Gesprächsführung in Belastungssituationen, PFA-Prinzipien (Psychological First Aid)
- Aufbau von Kenntnissen zu: Rollenerwartungen in der Krise, Selbstfürsorge als Führungsaufgabe, Überleitungsoptionen

7.2 Standard Operating Procedures (SOPs)

- SOP Alarmierung: Wer aktiviert Peer-Support? Wer informiert die Koordinationsstelle? Eskalationspfade.
- SOP Entlastung: Rotation, Pausenregelungen, Rückzugsräume sollten operativ fixiert sein, nicht spontan improvisiert.
- SOP Überleitung: Klare Kriterien (Trigger-Matrix), wer wann in welche Unterstützungsstufe überzuleiten ist.
- SOP Nachsorge: Wer führt Rückkehrgespräche? Supervision der Peers? Lessons-Learned-Prozess.

7.3 Entstigmatisierung und Kommunikation

- Wirksamste Vorbereitungsmaßnahmen ist kulturelle Arbeit
- Die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe muss als professionskonform und selbstverständlich kommuniziert werden durch Klinikleitung, Chefärzt*innen, Pflegedirektionen
- Stigmaarme Zugänge (vertrauliche Kanäle, klare Trennung von Personalakten) sind strukturelle Voraussetzung.

7.4 Übungen mit psychosozialem Szenario

- Planspiele zur Aktivierung der Koordinationsstelle und des Peer-Netzwerks
- Anbindung an bestehende Katastrophenschutzübungen in Berlin und Brandenburg

7.5 Verzeichnis von Hilfswegen

Jedes Krankenhaus benötigt ein aktuelles, für alle Mitarbeitenden zugängliches Verzeichnis mit Ansprechpersonen (Peer-Support, Koordinationsstelle, Betriebsmedizin, Betriebspsychotherapie), sowie digitalen und analogen Zugangswegen.

7.6 Kooperation mit Dolmetscherdiensten

Eine Vorgehensweise mit dem Gemeindedolmetscherdienst (o. Ä.) sollte vorab implementiert sein.

8. Stufenmodell der psychosozialen Unterstützung

Das Stufenmodell orientiert sich an den Empfehlungen des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zur Psychosoziale Notfallversorgung (BKK, 2012) sowie an der NICE Guideline NG116. Es werden drei Interventionsebenen unterschieden, die parallel und koordiniert wirken sollten.

Stufe 1: Universell	Stufe 2: Selektiv	Stufe 3: Indiziert
Für alle Mitarbeitenden	Für erkennbar Belastete (Hotspots)	Für akut Dekompensierte
Führung & Lagekommunikation	Peer-Support-Einsatz in Hochlastbereichen	Krisensprechstunde (kurzfristig zugänglich)
Geregelte Pausen und Rotation	Kurze Team-Check-ins	Aktive Beobachtung und Follow-up
Rückzugsräume und Grundversorgung	Kollegiale Präsenz und aktives Zuhören	Validiertes Screening (ab 4 Wochen)
Entstigmatisierung: Hilfe ist normal	Gezielte Entlastung durch Rotation	Überleitung in Fachbehandlung
Regelmäßige Team-Briefings	Defusing nach belastenden Ereignissen	Rückkehr- und Wiedereingliederung
Sichtbare Führungspräsenz	Aktive Nachfrage durch Führungskräfte	Supervision Peer-Supporter

Dabei gilt der Merksatz: Stufe 1 ist Systemarbeit. Sie entscheidet, ob Stufe 2 und 3 notwendig werden. Die meisten psychischen Zusammenbrüche in Langzeitkrisen sind Folge unterlassener Stufe-1-Maßnahmen.

9. PSNV-E: Einsatznachsorge für Krankenhauspersonal

Die Psychosoziale Notfallversorgung für Einsatzkräfte (PSNV-E) ist das strukturierte System zur Unterstützung beruflich Helfender nach belastenden Einsatzerlebnissen. Im Krankenhauskontext unterscheidet sie sich von der klassischen Katastrophenschutz-PSNV durch:

- die Dauer der Exposition (kein klar abgegrenzter Einsatz)
- das Wechselspiel zwischen Alltagsroutine und extremer Belastung
- die Notwendigkeit, Unterstützung in den laufenden Betrieb zu integrieren

9.1 Wichtige Prinzipien (nach BBK-Standards)

- **Freiwilligkeit:** Keine verpflichtenden Maßnahmen. Zwang ist kontraproduktiv.

- **Vertraulichkeit:** Strikte Trennung von Personalakte und psychosozialen Kontakten.
- **Niedrigschwelligkeit:** Zugänge müssen einfach, sichtbar und barrierefrei sein.
- **Peer-to-Peer-Ansatz:** Kolleg*innen erreichen, wo Fachkräfte nicht gut angenommen werden.
- **Stufenlogik:** Intervention richtet sich nach dem tatsächlichen Bedarf und sollte kein universelles Debriefing sein.

Dabei ist zu beachten, dass der Fokus in der Frühphase auf Entlastung, Erholung, Führungspräsenz und Teamstützung liegen sollte und nicht auf psychotherapeutischer Verarbeitung.

10. Phasenspezifische Maßnahmen

10.1 Akutphase: Erste 72 Stunden

Das Ziel ist nicht psychische Verarbeitung, sondern Stabilisierung. Im Vordergrund sollten dabei praktische Hilfe, Orientierung und Schutz vor weiterer Überforderung stehen. Empfohlene Maßnahmen sind:

1. Psychosoziale Lagefunktion im Krisenstab aktivieren
2. Hotspot-Bereiche (OP, Notaufnahme, Intensiv) identifizieren und Peer-Support priorisieren
3. Briefing-Rhythmus und Führungspräsenz sichern: klare, ehrliche Information mindestens 2× täglich
4. Peer-Support und Krisensprechstunde sichtbar machen
5. Rotation, Ruhe, Pausen, Verpflegung und Entlastung operativ organisieren
6. Belastete Einzelpersonen pragmatisch schützen und nicht pathologisieren
7. Früherkennung: Auffällige Belastungsmuster sofort in Stufe 3 überleiten

10.2 Mittlere Phase: Woche 2 bis Monat 3

- Führungskräfte in Hotspot-Bereichen coachen
- Ab ca. 4 Wochen: validiertes Kurzscreening einsetzen (z. B. PHQ-4, PC-PTSD-5)
- Schnelle Überleitung in psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung sichern
- Lessons-Learned-Prozesse beginnen (ohne Schuld attribution)
- Supervision der Peer-Supporter*innen sicherstellen, weil diese eine am stärksten gefährdete Gruppe sind
- Rückkehr- und Wiedereingliederungsgespräche für Ausgefallene systematisch führen

10.3 Langfristige Phase: ab Monat 3

- Fortlaufende Supervision und Fallbesprechungen für alle, die Unterstützungsaufgaben übernehmen

- Psychotherapeutische Behandlung für Betroffene mit klinisch relevantem Befund sichern
- Institutionelle Aufarbeitung: Lessons Learned zu psychosozialen Maßnahmen (Was hat geholfen? Was hat gefehlt?)
- Kulturarbeit: Langfristige Entstigmatisierung von psychischer Belastung als Berufsrisiko

11. Betreuung von Angehörigen Kriegsversehrter

Im Bündnisfall werden Berliner Krankenhäuser voraussichtlich Kriegsversehrte aus dem Ausland aufnehmen. Nach aktuellem Planungsstand bis zu 100 Personen täglich allein in Berlin (Schreiner & Harhaus-Wähner, 2025). Ein erheblicher Anteil davon dürften Angehörige anderer NATO- oder EU-Staaten sein. Mit diesen Patient*innen möglicherweise auch deren Angehörige an: Partner*innen, Eltern, Kinder. Sie sind eine psychosozial hochbelastete, bislang in der deutschen Krisenplanung kaum adressierte Gruppe.

Die nachstehenden Empfehlungen umfassen begleitende Maßnahmen für die akute Behandlungszeit. Eine eigene psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung von Angehörigen wird hier nicht adressiert und kann durch Krankenhäuser auch nicht geleistet werden. Es sind Idealmaßnahmen, deren Umsetzung in der Situation etwa eines Bündnisfalls, schwierig sein könnte. Dennoch oder umso mehr lohnt sich der frühe Blick auf die Fürsorge von Angehörigen, deren Unterstützung für einen positiven Behandlungsverlauf der Verwehrten sehr hilfreich sein kann. Zugleich kann der Umgang des Krankenhauspersonals mit den Angehörigen durch diese Vorbereitung vereinfacht und zielführend gestaltet werden.

Abgrenzung: PSNV-B (Betroffenenbetreuung)

Während sich die vorangehenden Kapitel auf PSNV-E (Einsatzkräfte / Personal) konzentrieren, fällt die Betreuung von Angehörigen Kriegsversehrter in den Bereich der PSNV-B, der psychosozialen Notfallversorgung für Betroffene und ihre Nahestehenden.

Beide Bereiche müssen strukturell getrennt, aber koordiniert sein: Klinikmitarbeitende dürfen nicht die alleinige psychosoziale Anlaufstelle für Angehörige werden, denn das überfordert Strukturen und Individuen.

11.1 Besondere Belastungssituation der Angehörigen

Angehörige von Kriegsversehrten befinden sich typischerweise in einer Mehrfachkrise: Sie sind mit schwerer Verletzung oder Tod eines nahestehenden Menschen konfrontiert, oft weit entfernt von zuhause, in einem fremden Land mit fremder Sprache, ohne soziales Netzwerk vor Ort. Diese Kombination aus Trauer, Isolation, sprachlicher Hilflosigkeit und andauernder Bedrohung macht sie zu einer besonders vulnerablen Gruppe. Folgendes kann auftreten:

- Akute Belastungsreaktionen auf die Verwundung oder den Tod
- Anhaltende Ungewissheit über Prognose, Behandlungsdauer und Rückkehrmöglichkeit
- Sprachbarriere
- Kulturelle und religiöse Fremdheit: Unterschiede in Trauerkultur, Körpersprache, Geschlechterrollen im Krankenhauskontext

- Soziale Isolation: Kein gewachsenes Netzwerk, kein Zugang zu vertrauten Institutionen
- Eigene Bedrohungslage: Angehörige können selbst Flüchtende aus einem Kriegsgebiet sein
- Finanzielle und bürokratische Überforderung: Aufenthaltsstatus, Unterkunft, Verpflegung, Kommunikation

11.2 Strukturmaßnahmen in der Klinik

Dolmetscher- und Sprachmittlerdienste

Sprachliche Verständigung ist die Grundvoraussetzung jeder psychosozialen Arbeit. Kliniken sollten hierfür vorbereitet sein:

- Vorab-Kooperationen mit professionellen Dolmetscherdiensten für die wahrscheinlichsten Sprachräume
- Videodolmetschen als niedrighschwellige Option bei kurzfristigem Bedarf
- Schulung von Mitarbeitenden: Wie kommuniziere ich mit Angehörigen, wenn keine gemeinsame Sprache vorhanden ist? (nonverbale Kommunikation, einfache Piktogramm-Systeme)
- Keine Nutzung von Patient*innen oder anderen Angehörigen als Dolmetschende aufgrund von in der Regel zu hoher emotionaler Belastung und fehlender Vertraulichkeit.

Psychosoziale Begleitung: Zuständigkeit und Struktur

Es sollte klar geregelt sein, wer die psychosoziale Betreuung von Angehörigen übernimmt und wer es ausdrücklich nicht tut:

- Klinikpflegepersonal, Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen sind nicht die primäre Anlaufstelle für psychosoziale Krisenbegleitung, weil sie sind durch ihre medizinische Kernaufgabe bereits ausgelastet sind
- Benannte Ansprechperson im Haus (z. B. Sozialdienst, Seelsorge, Psychosozialer Fachdienst) als erste Kontaktstelle für ankommende Angehörige
- Anbindung an externe PSNV-B-Strukturen: Notfallseelsorge, Internationale Rotkreuz-Dienste (ICRC), nationale Delegationen der jeweiligen Streitkräfte, ggf. Berliner Krisendienst
- Klare Übergabe-Protokolle zwischen Klinik und externen Betreuungsangeboten

Praktische und logistische Unterstützung

Psychosoziale Stabilisierung setzt elementare praktische Versorgung voraus nach dem PFA-Prinzip: Sicherheit und Grundbedürfnisse zuerst.

- Informationsmappe in mehreren Sprachen: Wo bin ich? Was passiert mit meinem Angehörigen? An wen kann ich mich wenden? Wo kann ich schlafen, essen, beten?
- Koordination von Unterkunft und Verpflegung in Kliniknähe in Kooperation mit dem Land Berlin oder karitativen Trägern

- Zugang zu Kommunikationsmitteln: gesicherter Internetzugang, Möglichkeit zur Videotelefonie in die Heimat
- Bei Tod des Patienten: Klare Protokolle für Überbringung der Todesnachricht, Koordination von Überführung, kulturell sensible Umgang mit Leichnam und Trauerritualen

11.3 Kulturelle und religiöse Sensibilität

Aus psychotherapeutischer Sicht ist zu dem zu beachten, dass Trauer, Schmerz und psychische Reaktionen auf schwere Verletzung zwar universell sind, aber ihre Ausdrucksformen, die Erwartungen an Unterstützung und die kulturellen Rituale sich unterscheiden können. Was im deutschen Krankenhauskontext als „normal“ gilt (ruhiges Abwarten, Distanz, Datenschutz), kann für Angehörige aus anderen Kulturen wie Ablehnung oder Gleichgültigkeit wirken. Kulturelle Kompetenz ist keine Spezialdisziplin, sondern eine Haltung. Hilfreich dabei ist:

- Neugier statt Bewertung
- Nachfragen statt Annahmen
- Flexibilität statt Standardprotokoll

11.4 Was vor dem Ereignis implementiert sein sollte

Empfehlungen für die Angehörigenbetreuung Kriegsversehrter sind:

1. Kooperationsvereinbarung mit Gemeindedolmetscherdienst/professionellen Dolmetscherdienst
2. Benennung einer Anlauffunktion im Haus für eintreffende Angehörige (Sozialdienst / Fachdienst)
3. Informationsmaterial in mind. 4 Sprachen (EN, FR, PL + eine weitere je nach Szenario)
4. Kontaktliste externer Anlaufstellen: ICRC, Notfallseelsorge, Botschaften, Kriseninterventionsdienst Berlin
5. SOP 'Angehörige im Bündnisfall': Wer empfängt, wer informiert, wer begleitet, wer übergibt?
6. Schulung des Empfangspersonals und Sozialdienstes in kultursensibler Kommunikation

12. Verantwortlichkeit und Qualitätssicherung

12.1 Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für psychologische Resilienz liegt auf drei Ebenen:

- Klinikleitung / Geschäftsführung: strategische Entscheidung, Ressourcenbereitstellung, Vorbildfunktion
- Katastrophenschutzbeauftragte: Integration in Krisenplanung, SOPs, Übungen

- Betriebsmedizin/Betriebspsychotherapie oder Koordinationsstelle
Mitarbeitendenresilienz: operative Umsetzung, Monitoring, Vernetzung

12.2 Mindeststandard je Haus

Als Mindeststandard ist empfohlen:

1. Eine benannte Funktion 'psychische Lage des Personals' im Krisenstab
2. Peer-Support-Netzwerk mit regelmäßiger Supervision
3. Ein vertraulicher Raum und sichtbarer Zugang zur Krisensprechstunde
4. Trigger-Matrix: Beobachtung zu Maßnahmen umwandeln (Wer aktiviert was bei welchem Signal?)
5. Aktuelles Verzeichnis interner und externer Unterstützungsangebote

13. Empfehlungen und nächste Schritte

Empfehlungen zur Implementierung sind:

1. Benennung einer Funktion 'psychische Lage' in jedem Krisenstab der Berliner Krankenhäuser.
2. Aufbau von Peer-Support-Netzwerken in allen Häusern (ggf. Qualifizierung nach BBK-Curriculum)
3. Durchführung von mindestens einer Übung pro Haus mit Bündnisfall-Szenario.
4. Kulturell: Beginn einer hausweiten Entstigmatisierungskampagne – mit expliziter Rückendeckung durch Klinikleitung.
5. Langfristig: Einrichtung einer gemeinsamen Plattform für Erfahrungsaustausch, „Lessons Learned“ und Weiterentwicklung der Konzepte.

14. Quellenverzeichnis

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources Theory. In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide*. Wiley-Blackwell.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Qualitätssicherung der Psychosozialen Notfallversorgung. Abgerufen von: www.bbk.bund.de.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Psychosoziale Notfallversorgung – Qualitätsstandards und Leitlinien. Bonn.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185.

Felfe, J. & Liepmann, D. (2008). Organisationsdiagnostik. Hogrefe.

Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung*. Hogrefe.

Hülsenbeck, J. (2026). PSNV-E – Einsatznachsorge für Krankenhauspersonal. HWR Berlin.

International Committee of the Red Cross (ICRC). Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in conflict settings.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press.

Médecins Sans Frontières (MSF). MSF Mental Health Guidelines.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH/CDC). Risk Factors for Stress and Burnout in Healthcare Workers.

Nettelstroth, W. (2026). Einführung in Resilienz und Stressmanagement im Krankenhaus als Prävention. März 2026. HWR Berlin.

NICE Guideline NG116 (2018). Post-traumatic stress disorder. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/guidance/ng116.

Schreiner, M. & Harhaus-Wähner, L. (2025). Krankenhausversorgung unter Kriegsbedingungen – von der Ukraine lernen! Konferenzbericht. Berliner Krankenhausgesellschaft.

World Health Organization (WHO). Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva: WHO.