

Abschlussbericht zum Vorhaben

„Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben –
eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung
in Deutschland“

Projektunterstützung

Forschungsförderung der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Laufzeit & Berichtszeitraum

01.01.2022 bis 31.12.2025

Autorinnen

Prof. Dr. Sabine Rehmer

M. Sc. Maike Juds

Zuarbeiten von:

M. Sc. Petra Wagner

M. Sc. Albrecht Freudewald

M. Sc. Daniel Niewrzol

Projektverantwortung & -durchführung

SRH University of Applied Sciences Heidelberg – Campus Gera

Projektleiterin: Prof. Dr. Sabine Rehmer

Projektbeschäftigte /

Wissenschaftliche Mitarbeitende: M. Sc. Maike Juds
M. Sc. Petra Wagner
M. Sc. Albrecht Freudewald
M. Sc. Daniel Niewrzol

Zitation:

Rehmer, S. & Juds, M. (2026). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (DGUV Projekt-Nr. FF-FP 0475).

Kontakt Projektleiterin:

Prof. Dr. Sabine Rehmer

SRH University of Applied Sciences Heidelberg
Campus Gera

Neue Straße 28-30
07548 Gera

E-Mail: sabine.rehmer@srh.de

Website: <https://www.srh-university.de>

Kontakt Forschung SRH University:

Centre of Research & Funding (CoRFu)

SRH University of Applied Sciences Heidelberg
Studienort Heidelberg

Maria-Probst-Str. 3
69123 Heidelberg

Website: <https://www.srh-university.de/de/forschung/angewandte-forschung/>

Forschungsbegleitkreis (FBK) für das Forschungsvorhaben

„Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“

Seitens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung wurde ergänzend ein Arbeitsbegleitkreis einberufen. Dieser bestand aus Vertreterinnen & Vertretern der Forschungsförderung der DGUV, den Bereichen Prävention und Rehabilitation der DGUV, Politik, Wissenschaft und Praxis. Die Mitglieder waren im Einzelnen:

Vertreterinnen & Vertreter der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Vertreter für die Forschungsförderung

Joachim Herrmann Stabsstellenleiter Forschungsförderung,
Koordination der UVT-Forschung (ständiger Gast)

Vertreterinnen für den Bereich Prävention

Hanna Huxholl Referentin, Referat Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren,
Hauptabteilung Sicherheit und Gesundheit

Anne Gebhardt Referentin Abteilung Forschung und Beratung, Institut für Arbeit
und Gesundheit der DGUV (IAG)

Vertreterin für den Bereich Rehabilitation

Kerstin Palsherm Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg der BGW

Politische Vertreterinnen & Vertreter für den Bereich PSNV

Assoziierte Partnerschaft des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Ansprechpartnerin im BBK ist Frau **Annika Fritsche**, Abteilung K – Bevölkerungsresilienz und Kommunikation, Referat K.5 – Psychosoziale Notfallversorgung, Ansprechstellen für die Bevölkerung

Wissenschaftsvertreter für den Bereich PSNV

Prof. Dr. Thomas Ehring Geschäftsführender Direktor, Department Psychologie & Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Robert Steinhauser Mitglied des Leitungsteams der Fachgruppe Notfallpsychologie im BDP, zuständig für den Bereich Forschung

Praxisvertreterinnen & -vertreter für den Bereich PSNV

Sebastian Hopp Leiter Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV),
Arbeiter-Samariter-Bund, KIT-München

Sabine Kuhles-Teschke Leiterin Notfallseelsorge Jena-Saale-Holzland

Danksagung

„Zusammenarbeit ist der Schlüssel zum Erfolg“

Mit diesem Gedanken möchte ich als Projektleiterin allen danken, die das Forschungsprojekt „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ auf vielfältige Weise begleitet, unterstützt und ermöglicht haben.

Mein besonderer Dank gilt der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) für die finanzielle Unterstützung des Forschungsvorhabens im Rahmen der Forschungsförderung. Ohne diese Förderung hätte das Projekt in dieser Form nicht realisiert werden können. Darüber hinaus danke ich herzlich für die sehr angenehme und engagierte persönliche Begleitung des Projekts durch die Forschungsförderung. Bei Fragen und Anliegen war die Zusammenarbeit jederzeit von großer Offenheit, Verlässlichkeit und Hilfsbereitschaft geprägt.

Ebenso möchte ich der SRH University of Applied Sciences Heidelberg, insbesondere dem Campus Gera, herzlich danken. Durch die Bereitstellung des institutionellen Rahmens, die finanzielle Unterstützung sowie die Forschungscoordination hat die SRH University die Durchführung des Projekts wesentlich ermöglicht und mitgetragen.

Ein ausdrücklicher Dank gilt den Mitgliedern des Forschungsbegleitkreises, die das Vorhaben mit großem fachlichem Interesse, wertvollen Hinweisen und konstruktiven Rückmeldungen über die gesamte Projektlaufzeit begleitet haben. Die unterschiedlichen Perspektiven aus Forschungsförderung, Prävention, Rehabilitation, Politik, Wissenschaft und Praxis waren für die Entwicklung und Einordnung der Projektergebnisse von großer Bedeutung.

Darüber hinaus danke ich allen Betrieben, Beschäftigten, Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungsträger, den ehrenamtlichen PSNV-B-Teams sowie den externen Anbietenden, die sich an Befragungen, Interviews und weiteren Erhebungen beteiligt haben. Ihre Offenheit, ihre Bereitschaft zur Mitwirkung und das Vertrauen, mit dem sie ihre Erfahrungen, Einschätzungen und fachlichen Perspektiven eingebracht haben, haben diese Bestandsaufnahme erst möglich gemacht.

Abschließend gilt mein besonderer Dank allen wissenschaftlichen Mitarbeitenden und allen weiteren am Projekt Beteiligten, die mit großem Engagement, fachlicher Sorgfalt, Ausdauer und vielen helfenden Händen zum Gelingen des Forschungsvorhabens beigetragen haben. Mit ihrer Expertise, ihrem Engagement und ihrer Bereitschaft zur Zusammenarbeit haben sie dazu beigetragen, ein wichtiges Themenfeld wissenschaftlich sichtbar zu machen.



Prof. Dr. Sabine Rehmer

Kurzfassung deutsch

Im Forschungsprojekt erfolgte eine Bestandsaufnahme, wie die Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben in Deutschland gestaltet ist. Dafür wurde ein *multiperspektivisches Vorgehen* gewählt, das in neun durchgeführten Studien verschiedene beteiligte Zielgruppen fokussierte.

Zielgruppe 1: Betriebe

Fragen: Wie gestaltet sich die psychosoziale Betreuung von Beschäftigten in deutschen Betrieben nach Notfällen und welche internen sowie externen betrieblichen Faktoren beeinflussen diese Betreuung positiv oder negativ?

Aktivitäten/Methoden: Befragung von 2 388 Betrieben und von 207 betroffenen Beschäftigten

Ergebnisse: In Betrieben gibt es zahlreiche Notfälle, bei den PSNV-Maßnahmen bestehen jedoch Ausbaupotenziale, insbesondere bei organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen sowie beim Dokumentations- und Meldeverhalten.

Zielgruppe 2: Unfallversicherungsträger

Fragen: Welche aktuellen Unterstützungsangebote bieten Unfallversicherungsträger im Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) für Mitgliedsbetriebe und welche zukünftigen Pläne und Konzepte bestehen, um Betriebe bei der Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen besser zu unterstützen?

Aktivitäten/Methoden: Vollerhebung mit Dokumentenanalyse und Interviews

Ergebnisse: Unfallversicherungsträger bieten umfangreiche Unterstützung an, um die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in Betrieben zu verbessern. Verbessert werden kann laut den interviewten UVTs die Einheitlichkeit der Ausbildung zu betrieblich psychologischen Erstbetreuenden und die statistische Erfassung betroffener Personen.

Zielgruppe 3: ehrenamtliche PSNV-B-Teams

Fragen: Wie häufig kommen ehrenamtliche PSNV-B-Teams bei betrieblichen Notfällen zum Einsatz, wie erleben die Einsatzkräfte diese Einsätze im betrieblichen Kontext, und wie könnten Betriebe bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen besser unterstützt werden?

Aktivitäten/Methoden: Einsatzquotenerhebung, Sekundärdatenanalyse (Einsatzkräfte- und Betroffenenbefragung mit drei Messzeitpunkten), Intensivstudie zu Einsätzen im Betrieb

Ergebnisse: Im Mittel haben 15 % der Einsätze von ehrenamtlichen PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass. Betreute Personen im Betriebskontext zeigen anfangs weniger starke Emotionen, jedoch entwickeln bis zu 50 % sechs Monate später klinisch relevante Symptome. Für die PSNV-B-Einsatzkräfte sind betriebliche Einsätze komplexer als häusliche und erfordern mehr Personal sowie spezialisierte Schulungen.

Zielgruppe 4: externe Anbietende

Fragen: Wie unterstützen externe Anbietende Betriebe in Deutschland bei der psychosozialen Betreuung von Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen, und welche internen und externen Faktoren fördern oder hemmen diese Unterstützung?

Aktivitäten/Methoden: Recherche von Anbietenden, Onlineinterviews mit 40 ext. Anbietenden

Ergebnisse: Externe Anbietende unterscheiden sich in Größe und Betriebsform sowie in der Breite ihrer Angebote. Bezüglich der Qualifizierung und Weiterbildung der Anbietenden sowie der Standards, auf denen Angebote basieren, fehlen einheitliche Qualitätskriterien.

Bewertung der Ergebnisse für die Unfallversicherungsträger:

Die Ergebnisse für die *Zielgruppe Betriebe* zeigen, dass die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in vielen Unternehmen noch unzureichend ist, insbesondere bei präventiven Maßnahmen, Dokumentation psychischer Gefährdungen und der Akutbetreuung. Es besteht ein klarer Bedarf an Schulungen, klaren Zuständigkeiten und der Integration betrieblicher psychologischer Erstbetreuender. Die Unfallversicherungsträger (UVT) können Betriebe durch verstärkte Informationsmaterialien, Schulungen und externe Dienstleistungen unterstützen und das Bewusstsein für PSNV erhöhen. Zudem können sie die Erfassung psychischer Gesundheitsgefährdungen und die Nutzung von externen Anbietenden optimieren.

Die Ergebnisse der *Zielgruppe Unfallversicherungsträger* zeigen, dass diese bereits zahlreiche Unterstützungen, wie z. B. Informationsmaterialien und Akuthilfe für Betriebe, anbieten. Die Förderung der Ausbildung betrieblicher Erstbetreuender ist ein wichtiger Beitrag, jedoch gibt es Herausforderungen wie Rollenkonflikte und unterschiedliche Ausbildungsmodelle. Die UVT planen, die PSNV mit zusätzlichen Schulungen, flexiblen Weiterbildungsangeboten (z. B. Onlinemodule) und Plattformen für den Austausch von Erstbetreuenden weiter zu stärken. Zudem geben sie an, dass die statistische Erfassung Betroffener verbessert werden sollte.

Die Ergebnisse für die *Zielgruppe Ehrenamtliche PSNV-B-Teams* zeigen, dass diese oft bei Notfällen in Betrieben im Einsatz sind und dass diese Einsätze besonders komplex sind und mehr Ressourcen erfordern. Es wird empfohlen, dass Unternehmen vertragliche Regelungen mit den ehrenamtlichen Teams treffen, um Missbrauch ehrenamtlicher Strukturen zu vermeiden. Die Unfallversicherungsträger können weiterführende Betreuungsangebote verstärken, da bis zu 50 % der Betroffenen sechs Monate nach dem Ereignis klinische Symptome zeigen. Spezifische Schulungen und bessere Weiterführende Betreuung können helfen, die langfristigen Folgen für Betroffene zu minimieren.

Die Ergebnisse für die *Zielgruppe Externe Anbietende* zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen UVT, Betrieben und externen Dienstleistern gefördert werden sollte, um die PSNV in Unternehmen zu verbessern. Es gibt Optimierungspotenzial bei Standards, strukturellen Problemen und der Vernetzung der externen Anbietenden. Unfallversicherungsträger sollten die organisatorischen Mängel, unklare Finanzierungen und fehlende Wertschätzung in den Betrieben angehen, um die Effizienz und Qualität der externen PSNV-Angebote zu steigern.

Fazit und Ausblick auf weitere Forschung

Die durchgeführte Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass die Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben in Deutschland bereits in unterschiedlichen Formen vorhanden ist, insgesamt jedoch noch deutliche Entwicklungsbedarfe bestehen. Über alle untersuchten Zielgruppen hinweg wird sichtbar, dass es zwar zahlreiche Ansätze, Unterstützungsangebote und engagierte Akteure gibt, die Versorgung betroffener Beschäftigter nach Notfällen und plötzlich auftretenden Extremsituationen jedoch bislang nicht flächendeckend, einheitlich und systematisch genug ausgestaltet ist. Insbesondere bei präventiven Strukturen, klaren Zuständigkeiten, standardisierten Abläufen, Dokumentation, Qualitätssicherung sowie der Vernetzung zwischen internen und externen Unterstützungsakteuren zeigen sich erhebliche Ausbaupotenziale.

Die Ergebnisse machen zugleich deutlich, dass eine bessere Versorgung betroffener Beschäftigter nicht an einem einzelnen Akteur festgemacht werden kann. Vielmehr handelt es sich um eine gemeinsame Aufgabe von Betrieben, Unfallversicherungsträgern, ehrenamtlichen PSNV-B-Teams und externen Anbietenden. Gerade im Zusammenspiel dieser Akteursgruppen liegen wichtige Chancen für eine bedarfsgerechtere, verlässlichere und qualitativ hochwertigere psychosoziale Unterstützung.

Dafür braucht es neben einer stärkeren Sensibilisierung in den Betrieben insbesondere besser abgestimmte Unterstützungsstrukturen, einheitlichere Qualifizierungsstandards, tragfähige Kooperationsmodelle und eine systematischere Erfassung von Bedarfen und Verläufen.

Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Folgen betrieblicher Notfälle nicht auf die unmittelbare Akutphase beschränkt bleiben. Dass ein relevanter Anteil der Betroffenen noch Monate nach dem Ereignis klinisch bedeutsame Symptome zeigt, unterstreicht die Notwendigkeit, Psychosoziale Notfallversorgung nicht nur als kurzfristige Krisenintervention, sondern als abgestuften Unterstützungsprozess zu verstehen. Dieser sollte von präventiven Vorbereitungen über die Akutbetreuung bis hin zu einer bedarfsgerechten weiterführenden Unterstützung reichen. Hieraus ergibt sich ein klarer Handlungsauftrag, die bestehenden Strukturen so weiterzuentwickeln, dass betroffene Beschäftigte frühzeitig, zielgerichtet und nachhaltig erreicht werden.

Die Bestandsaufnahme konnte die aktuelle Situation sowie hemmende und förderliche Faktoren aus Sicht zentraler Akteursgruppen beschreiben. Sie stellt damit eine wichtige Grundlage für die weitere fachliche und wissenschaftliche Entwicklung dar. Als deskriptive Untersuchung kann sie jedoch nur ein erster Schritt sein.

In einem nächsten Schritt ist es erforderlich, die Wirksamkeit konkreter Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung systematisch zu untersuchen (Schöllgen und Schulz, 2016; Drexler, 2019). Weiterführend sollte daher mit längsschnittlicher Interventionsforschung erforscht werden, welche Maßnahmen für Betriebe unterschiedlicher Branchen, Größen und Organisationsstrukturen wirksam, praktikabel und nachhaltig umsetzbar sind. Die Entwicklung solcher Maßnahmen sollte auf den Ergebnissen der vorliegenden Bestandsaufnahme aufbauen.

Mit wissenschaftlich belegten wirksamen Maßnahmen könnten Unfallversicherungsträger Betriebe noch gezielter und evidenzbasiert dabei unterstützen, eine gute Psychosoziale Notfallversorgung zu etablieren. Darüber hinaus könnten sie auf dieser Grundlage Impulse für Regulierungen setzen sowie Qualitätsanforderungen für Qualifizierung, Weiterbildung und fachliche Standards definieren.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass in der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben bereits wichtige Grundlagen vorhanden sind, zugleich aber erhebliche Entwicklungspotenziale bestehen. Diese Potenziale systematisch zu nutzen, ist eine zentrale Voraussetzung dafür, die Versorgung betroffener Beschäftigter künftig wirksamer, verlässlicher und nachhaltiger zu gestalten.

Abstract in English

The research project took stock of how psychosocial emergency care is organised in companies in Germany. A *multi-perspective approach* was chosen for this purpose, focusing on various target groups in nine studies.

Target group 1: Companies

Questions: How is psychosocial care for employees in German companies organised after emergencies, and which internal and external company factors have a positive or negative influence on this care?

Activities/methods: Survey of 2,388 companies and Survey of 207 affected employees

Results: There are numerous emergencies in companies, but there is potential for improvement in PSNV measures, particularly in terms of organisational and personnel-related measures as well as documentation and reporting behaviour.

Target group 2: Social Accident Insurance Institutions (UVTs)

Questions: What support services do Social Accident Insurance Institutions currently offer member companies in the area of psychosocial emergency care (PSNV), and what future plans and concepts exist to better support companies in providing care after sudden extreme situations?

Activities/methods: Full survey with document analysis and interviews

Results: Social Accident Insurance Institutions offer extensive support to improve psychosocial emergency care (PSNV) in companies. According to the UVTs interviewed, improvements could be made in the standardisation of training for occupational psychologists providing initial support and in the statistical recording of affected persons.

Target group 3: Volunteer PSNV-B-teams

Questions: How often are volunteer PSNV-B-teams deployed in workplace emergencies, how do the emergency services experience these deployments in a workplace context, and how could companies be better supported in providing psychosocial care after emergencies?

Activities/methods: Deployment rate survey, secondary data analysis (survey of emergency services and affected persons with 3 measurement points), intensive study on deployments in the workplace

Results: On average, 15 per cent of deployments by volunteer PSNV-B-teams are work-related. People receiving support in a workplace context initially show less intense emotions, but up to 50 per cent develop clinically relevant symptoms six months later. For PSNV-B emergency personnel, workplace interventions are more complex than domestic ones and require more personnel and specialised training.

Target group 4: external providers

Questions: How do external providers support companies in Germany in providing psychosocial care for employees after sudden extreme situations, and which internal and external factors promote or inhibit this support?

Activities/methods: Research on providers, online interviews with 40 external providers

Results: External providers differ in size and type of operation, as well as in the breadth of their services. There is a lack of uniform quality criteria with regard to the qualification and further training of providers and the standards on which services are based.

Evaluation of the results for Social Accident Insurance Institutions:

The results for the *target group of companies* show that psychosocial emergency care (PSNV) is still inadequate in many companies, particularly with regard to preventive measures, documentation of psychological hazards and acute care. There is a clear need for training, clear responsibilities and the integration of company psychological first responders. Social Accident Insurance Institutions (UVT) can support companies by providing more information materials, training and external services and raising awareness of PSNV. They can also optimise the recording of mental health risks and the use of external providers.

The results for the *target group of Social Accident Insurance Institutions* show that they already offer a wide range of support, such as information materials and acute assistance for companies. Promoting the training of workplace first responders is an important contribution, but there are challenges such as role conflicts and different training models. The UVT plans to further strengthen PSNV with additional training courses, flexible continuing education programmes (e.g. online modules) and platforms for the exchange of first responders. They also state that the statistical recording of those affected should be improved.

The results for the *target group of volunteer PSNV-B-teams* show that they are often called upon in emergencies at companies and that these deployments are particularly complex and require more resources. It is recommended that companies enter into contractual agreements with the volunteer teams to prevent abuse of volunteer structures. Social Accident Insurance Institutions can strengthen further support services, as up to 50% of those affected show clinical symptoms six months after the event. Specific training and better follow-up care can help to minimise the long-term consequences for those affected.

The results for the *target group of external providers* show that cooperation between Social Accident Insurance Institutions, companies and external service providers should be promoted in order to improve PSNV in companies. There is potential for optimisation in terms of standards, structural problems and the networking of external providers. Social Accident Insurance Institutions should address organisational shortcomings, unclear financing and a lack of appreciation in companies in order to increase the efficiency and quality of external PSNV services.

Conclusion and outlook for further research

The inventory carried out has shown that psychosocial emergency care is already available in various forms in companies in Germany, but that there is still a clear need for development overall. Across all target groups examined, it is clear that although there are numerous approaches, support services and committed actors, the care provided to affected employees after emergencies and sudden extreme situations is not yet comprehensive, uniform or systematic enough. There is considerable potential for improvement, particularly in terms of preventive structures, clear responsibilities, standardised procedures, documentation, quality assurance and networking between internal and external support actors.

At the same time, the results make it clear that better care for affected employees cannot be tied to a single actor. Rather, it is a joint task for companies, Social Accident Insurance Institutions, volunteer PSNV-B-teams and external providers. It is precisely in the interaction between these groups of actors that there are important opportunities for more needs-based, reliable and high-quality psychosocial support.

In addition to greater awareness in companies, this requires, in particular, better coordinated support structures, more uniform qualification standards, sustainable cooperation models and a more systematic recording of needs and progress.

At the same time, the results make it clear that the consequences of workplace emergencies are not limited to the immediate acute phase. The fact that a significant proportion of those affected still show clinically significant symptoms months after the event underlines the need to understand psychosocial emergency care not only as short-term crisis intervention, but as a graduated support process. This should range from preventive preparations to acute care and needs-based follow-up support. This results in a clear mandate to further develop existing structures in such a way that affected employees are reached early, in a targeted and sustainable manner.

The inventory was able to describe the current situation as well as inhibiting and promoting factors from the perspective of key stakeholder groups. It thus represents an important basis for further professional and scientific development. However, as a descriptive study, it can only be a first step.

The next step is to systematically examine the effectiveness of specific psychosocial emergency care measures (Schöllgen and Schulz, 2016; Drexler, 2019). Longitudinal intervention research should therefore be conducted to investigate which measures are effective, practicable and sustainable for companies of different sizes, organisational structures and in different sectors. The development of such measures should be based on the results of the present inventory.

With scientifically proven effective measures, Social Accident Insurance Institutions could support companies in an even more targeted and evidence-based manner in establishing good psychosocial emergency care. In addition, they could use this as a basis for initiating regulations and defining quality requirements for qualification, further training and professional standards.

Overall, the results show that important foundations already exist for psychosocial emergency care in companies, but that there is also considerable potential for development. Systematically exploiting this potential is a key prerequisite for making the care of affected employees more effective, reliable and sustainable in the future.

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung.....	1
2. Vorarbeiten und Forschungstransparenz.....	3
2.1. Ethikfreigabe.....	3
2.2. Gesetzliche Grundlagen.....	3
2.3. Notfall, Trauma, Krise	4
2.4. Notfälle im Arbeitskontext	5
2.5. Gefährdungsbeurteilung von Notfällen	7
2.5.1. EXKURS (S)TOP-Prinzip & Maßnahmenhierarchie.....	8
2.6. Wortwahl im Kontext der Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen.....	10
2.7. DGUV-Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach traumatischen Ereignissen	10
2.8. Forschungsmodell.....	11
2.8.1. Prävention (Primärprävention).....	13
2.8.2. Reaktion / Bewältigung (Sekundärprävention).....	14
2.8.3. Rehabilitation / Nachsorge (Tertiärprävention)	15
2.8.4. Bildliche Darstellung des Forschungsmodells mit Einordnung in die Gefährdungsbeurteilung.....	16
3. Die Teilprojekte im Überblick	23
3.1. Teilprojekt 1, Betriebe	23
3.1.1. Zielsetzung und Fragestellungen.....	23
3.1.2. Methodik	24
3.1.3. Ergebnisse	45
3.1.4. Diskussion.....	78
3.1.5. Schlussfolgerung.....	81
3.2. Teilprojekt 2, Unfallversicherungsträger	82
3.2.1. Zielsetzung und Fragestellungen	82
3.2.2. Methodik	83
3.2.3. Ergebnisse	93
3.2.4. Diskussion.....	99
3.2.5. Schlussfolgerung.....	103
3.3. Teilprojekt 3: ehrenamtliche PSNV-B-Teams	103
3.3.1. Zielsetzung und Fragestellungen	104
3.3.2. Methodik	104
3.3.3. Ergebnisse	137
3.3.4. Diskussion.....	147
3.3.5. Schlussfolgerung.....	151

3.4	Teilprojekt 4, externe Anbietende.....	152
3.4.1	Zielsetzung und Fragestellungen	152
3.4.2	Methodik	153
3.4.3	Ergebnisse	159
3.4.4	Diskussion.....	165
3.4.5	Schlussfolgerung.....	166
3.5	Veröffentlichungen	167
3.5.1	Monografien & Herausgeberwerke	167
3.5.2	Fachzeitschriftenartikel und Buchbeiträge (mit Peer-Review-Verfahren).....	167
3.5.3	Artikel und Buchbeiträge (ohne Peer-Review-Verfahren)	168
3.5.4	Informationsbroschüren, Flyer, Multimedia.....	169
3.5.5	Eingeladene Vorträge & Interviews	169
3.5.6	Weiterbildungen	172
3.5.7	Abstracts zu nationalen und internationalen wissenschaftlichen Tagungen.....	172
3.5.8	Projekt- und Masterarbeiten, Vertiefung einzelner Aspekte im Themengebiet.	175
3.5.9	Dissertationen	176
3.5.10	Preise und Auszeichnungen.....	176
4	Auflistung der für das Vorhaben relevanten Veröffentlichungen, Schutzrechtsanmeldungen und erteilten Schutzrechte von nicht am Vorhaben beteiligten Forschungsstellen	177
4.1	Internationale wissenschaftliche Literatur.....	177
4.2	Entwicklungen im Thema bei den deutschen Unfallversicherungsträgern	178
4.2.1	Grenzen der Entwicklung	180
5	Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich des Forschungszwecks/-ziels, Schlussfolgerungen	181
5.1	Zielgruppe Betriebe.....	181
5.1.1	Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse.....	181
5.1.2	Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung.....	182
5.2	Zielgruppe Unfallversicherungsträger.....	182
5.2.1	Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse.....	183
5.2.2	Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung.....	183
5.3	Zielgruppe ehrenamtliche PSNV-Teams	184
5.3.1	Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse.....	184
5.3.2	Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung.....	185
5.4	Zielgruppe externen Anbietende	186
5.4.1	Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse.....	186
5.4.2	Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung.....	186

6	Modellbasierte Bewertung der Präventionsphasen	188
6.1	Teilprojekt 1: Sichtweise der Unternehmen	189
6.1.1	Prävention	189
6.1.2	Akuthilfe	194
6.1.3	Weiterführende Betreuung	198
6.1.4	Rehabilitation	202
6.1.5	Gesamtfazit: Unternehmensperspektive.....	206
6.2	Teilprojekt 1: Sichtweise der Betroffenen	207
6.2.1	Prävention.....	207
6.2.2	Akuthilfe	212
6.2.3	Weiterführende Betreuung	216
6.2.4	Rehabilitation	220
6.2.5	Wiedereingliederung	224
6.3	Teilprojekt 2: Sichtweise der Unfallversicherungsträger	228
6.3.1	Prävention.....	229
6.3.2	Akuthilfe	235
6.3.3	Weiterführende Betreuung	240
6.3.4	Rehabilitation	245
6.3.5	Wiedereingliederung	249
6.4	Teilprojekt 3: Sichtweise der Betroffenen betreut durch ehrenamtliche PSNV-B-Kräfte	253
6.4.1	Akuthilfe	253
6.4.2	Weiterführende Betreuung	257
6.5	Teilprojekt 3: Sichtweise der ehrenamtlichen PSNV-B-Kräfte.....	260
6.5.1	Akuthilfe	260
6.5.2	Weiterführende Betreuung	264
6.6	Teilprojekt 4: Sichtweise der externen Anbietenden.....	268
6.6.1	Prävention.....	268
6.6.2	Akuthilfe	274
6.6.3	Weiterführende Betreuung	278
6.6.4	Rehabilitation	281
6.6.5	Wiedereingliederung	285
6.7	Defizitanalyse	289
6.7.1	Prävention.....	291
6.7.2	Akuthilfe	293
6.7.3	Weiterführende Betreuung	295
6.7.4	Rehabilitation	298
6.7.5	Wiedereingliederung	300

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

6.7.6	Gesamtfazit.....	302
6.7.7	Handlungsempfehlungen im Querschnitt.....	307
7	Aktueller Umsetzungs- und Verwertungsplan	309
	Literaturverzeichnis	311

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe im Vergleich zur angestrebten Stichprobengröße.....	46
Tabelle 2: Gegenüberstellung Auftretenswahrscheinlichkeit und Berücksichtigung in der GBU	49
Tabelle 3: Betroffenheit und erhaltende Maßnahmen	71
Tabelle 4: Stärkste Betroffenheit (Qualitative Auswertung).....	722
Tabelle 5: Sollstichprobe	90
Tabelle 6: Deskriptive Statistik zu den Dokumenten der Unfallversicherungsträger.....	95
Tabelle 7: Vor Unfallversicherungsträgern empfohlene Präventionsmaßnahmen	95
Tabelle 8: Einsätze durch PSNV-Teams	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DGUV-Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach traumatischen Ereignissen. (DGUV 2017).....	1
Abbildung 2: Nachbildung Risikomatrix aus DGUV Informationen 206-017 und 206-018	8
Abbildung 3: Nachbildung Beurteilung und Folgeschwere für seelische Verletzungen nach Notfällen aus DGUV Informationen 206-017 und 206-018.....	9
Abbildung 4: Grundstruktur des Forschungsmodells	12
Abbildung 5: Bildliche Darstellung des Forschungsmodells mit Einordnung in die Gefährdungsbeurteilung	17
Abbildung 6: Vergleich des Dokumentations- und Meldeverhaltens in Unternehmen mit vs. ohne Gefährdungsbeurteilung	51
Abbildung 7: Übersicht zu Präventionsmaßnahmen der psychosozialen Notfallversorgung im Unternehmen	52
Abbildung 8: Übersicht helfende Personen Akuthilfe	53
Abbildung 9: Maßnahmen in der Akuthilfe	54
Abbildung 10: Maßnahmen in der Weiterführende Betreuung	56
Abbildung 11: Maßnahmen während der Wiedereingliederung.....	57
Abbildung 12: Verteilung der Selbsteinschätzung des PSNV-Status quo im Betrieb.....	58
Abbildung 13: Inanspruchnahme von Maßnahmen und Bewertungen über die Phasen	59
Abbildung 14: Bewertung der Vorbereitung	60
<i>Abbildung 15: Bewertung der Akuthilfe</i>	63
Abbildung 16: Bewertung der Weiterführende Betreuung	65
Abbildung 17: Bewertung der Rehabilitation	67
Abbildung 18: Bewertung der Wiedereingliederung	69
Abbildung 19: Dokumentations- und Meldeverhalten.....	73
Abbildung 20: Korrelationsmatrix über alle Phasen	74

1. Problemstellung

Im Kontext einer stärkeren Fokussierung auf die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt kommt psychischen Gesundheitsgefährdungen aufgrund von Notfällen im Arbeitskontext als Thema des Arbeitsschutzes zunehmend Aufmerksamkeit zu. Mit dem Begriff Notfall ist dabei eine unerwartete, plötzliche Extremsituation gemeint. Diese ist von kurzer Dauer, hat einen klaren Anfang und ein Ende und geht häufig mit dem Erleben von Angst, Bedrohung oder Hilflosigkeit einher (DGUV, 2017b; Hausmann, 2021). Notfälle im Arbeitskontext sind zum Beispiel schwere oder tödliche Arbeits- und Wegeunfälle, medizinische Notfälle oder verbale und körperliche Gewalttaten (DGUV, 2015a; Hausmann, 2021; Rehmer et al., 2022).

Bei Notfällen am Arbeitsplatz können, neben körperlichen Verletzungen, auch psychische Gesundheitsgefährdungen auftreten. Die psychische Gesundheitsgefährdung bei einem Notfall kann über die akute, starke psychische Beanspruchung hinaus auch mittelfristig zu starken psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, sowie längerfristig zu psychischen Störungen, wie zum Beispiel Traumafolgestörungen, führen. Potenziell betroffen sind dabei nicht nur die Geschädigten selbst, sondern auch Kollegen und Kolleginnen, die als Ersthelfende oder Augenzeugen bzw. Augenzeuginnen an dem Notfall beteiligt sind. Betriebliche Folgen können krankheitsbedingte Fehlzeiten bis hin zu dauerhafter Arbeitsunfähigkeit sein.

Um die psychische Stabilität der Betroffenen zu fördern, wird von der DGUV die Implementierung eines Gesamtkonzeptes im Umgang mit traumatischen Ereignissen empfohlen (DGUV, 2017). Wie in Abbildung 1 dargestellt, beinhaltet diese im Idealfall präventive Maßnahmen, Maßnahmen der Akutversorgung, Maßnahmen in den ersten Tagen und Wochen nach dem Notfall sowie Maßnahmen der Wiedereingliederung.



*) Die Erbringung von Leistungen im Rahmen der psychologischen Erstbetreuung (i. S. einer Notfallhilfe, wie sie auch im Bereich der psychosozialen Akuthilfe bzw. psychosozialen Notfallversorgung beschrieben wird) kann im Ausnahmefall und nach vorheriger Absprache auch im Auftrag eines Unfallversicherungsträgers erfolgen.

Abbildung 1: DGUV-Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach traumatischen Ereignissen. (DGUV 2017)

Ausgangslage des Forschungsprojekts war, dass auf Grundlage der wissenschaftlichen Literatur nicht dargestellt werden konnte, welche Modelle und Vorgehensweisen Betriebe wählen, um eine psychosoziale Betreuung nach Notfällen (plötzlich auftretenden Extremsituationen) im Arbeitskontext zu ermöglichen. Darauf aufbauend gab es wenig Evidenz, welche betrieblichen Parameter eine gute psychosoziale Betreuung von Beschäftigten nach Notfallsituationen im Arbeitskontext ausmachen.

Beide Fragen sollten wissenschaftlich eruiert werden, damit die Unfallversicherungsträger Betriebe unterstützen können ihren Beschäftigten eine gute Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext zu ermöglichen.

Für die weitere Beschäftigung mit dem Thema wurden *drei Handlungsfelder* identifiziert:

Handlungsfeld 1: *Analyse der aktuellen Situation in Deutschland.* Wie wird die psychosoziale Betreuung von Beschäftigten, nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext, in Betrieben umgesetzt?

Handlungsfeld 2: *Eruierung der betrieblichen Faktoren und Maßnahmen,* die eine psychosoziale Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ beeinflussen.

Handlungsfeld 3: *Wirksamkeit der verschiedenen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen* für die Erhaltung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext.

Das vorliegende Forschungsprojekt fokussierte die *Handlungsfelder 1 & 2.*

Die Untersuchung des **3. Handlungsfeldes** kann erst in einem weiteren Schritt erfolgen, wenn zunächst erforscht wurde, welchen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen bei der psychosozialen Betreuung von Beschäftigten nach Notfallsituationen im Arbeitskontext angewandt werden. Daher kann und soll das Handlungsfeld 3 erst auf Grundlage der Ergebnisse der Bearbeitung der Teilvorhaben zu den Handlungsfeldern 1 und 2 in einem weiterführenden Forschungsprojekt untersucht werden.

2. Vorarbeiten und Forschungstransparenz

Mit Start des Forschungsprojekts wurden verschiedene vorbereitende Aufgaben und Aufgaben zur Qualitätssicherung und Forschungstransparenz durchgeführt, die nachfolgend im Überblick dargestellt werden.

2.1. Ethikfreigabe

Mit Start des Projekts zum 1. Januar 2022 wurde die Konzeption des gesamten Projekts mit den geplanten Befragungen, den Fragestellungen, dem Datenschutzkonzept und den Informationsmaterialien für die Teilnehmenden bei der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena eingereicht und ohne Auflagen genehmigt. Im weiteren Projektverlauf wurde jedes Erhebungsinstrument separat eingereicht und erst nach Freigaben angewandt.

Publikation des Forschungsdesigns und der Fragestellungen

Für die Forschungstransparenz, die Präregistrierung unseres Forschungsvorhabens und unserer Fragestellungen und der Möglichkeit der Replizierbarkeit unserer Forschung haben wir zum Projektstart unser methodisches Design und die Fragestellungen in der Zeitschrift DGUV-Forum (Ausgabe 7 - 8) veröffentlicht (Rehmer et al., 2022).

2.2. Gesetzliche Grundlagen

Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, ihre Arbeitnehmer vor Risiken für die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu schützen. Arbeitsschutz soll allerdings viel mehr sein als nur das Einhalten einer Pflicht (Kienzle, 2009). Als wegweisendes Gesetz dafür gilt das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das 1996 in Kraft trat. Es schuf erstmals ein einheitliches Arbeitsschutzrecht, das für nahezu alle Tätigkeitsbereiche und Beschäftigten in Deutschland gilt. Zugleich regelt es die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers, die Pflichten und Rechte der Beschäftigten sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes (Masuhr, 2017).

Es basiert auf einem modernen Gesundheitsbegriff, der nicht nur die Abwesenheit von Beeinträchtigungen erfasst, sondern auch die ganzheitliche Betrachtung des Menschen in der Arbeitswelt einbezieht. Dabei wird jedoch gleichzeitig berücksichtigt, dass Krankheit multikausal sein kann – der Arbeitsschutz beschränkt sich hierbei auf die arbeitsbezogenen Faktoren. Das ArbSchG etabliert eine Reihe von Pflichten des Arbeitgebers gegenüber dem Arbeitnehmer. Hervorzuheben ist hierbei die Pflicht zu Gefährdungsbeurteilung und entsprechender Dokumentation, §§ 5, 6 ArbSchG, sowie die Pflicht zu individueller und verständlicher Unterweisung, § 12 ArbSchG. Den Arbeitnehmer treffen ebenfalls verschiedene Pflichten, etwa diejenige zur bestimmungsgemäßen Verwendung der Arbeitsmittel, § 15 ArbSchG. Der Arbeitnehmer hat jedoch auch das Recht, Vorschläge zur besseren Sicherung seiner Arbeit zu unterbreiten, § 17 ArbSchG. Im Falle einer akuten Gefährdung darf sich der Arbeitnehmer vom Arbeitsplatz entfernen, § 9 Abs. 3 ArbSchG und muss dem Arbeitgeber die Gefahr melden, § 16 Abs. 1 ArbSchG. Eine Verletzung von Regelungen des Arbeitsschutzes durch den Arbeitgeber ist damit zugleich eine Verletzung der Fürsorgepflicht aus dem Arbeitsverhältnis.

Neben den Gesetzen erlassen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften eigene Unfallverhütungsvorschriften (UVV), die zunehmend in die Vorschriften

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem Dachverband der Unfallversicherungsträger, überführt werden. Sie werden als autonomes Recht erlassen.

Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sind nach Branchen gegliedert. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gliedern sich in 19 Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände sowie vier Feuerwehr-Unfallkassen und der Unfallversicherung Bund und Bahn. Außerdem ist die DGUV regional in sechs Landesverbände gegliedert. Die Landesverbände übernehmen gemeinsame regionale Aufgaben ihrer Mitglieder auf den Gebieten der Prävention und Rehabilitation (<https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp?query=webcode+d80>).

Wesentliche Regelungen stehen in der DGUV-Vorschrift 1 (seit 2008), die sich mit den Grundsätzen der Prävention befasst. Hierbei wird der Anwendungsbereich auf alle Personen ausgedehnt, die sich im Betrieb aufhalten – unabhängig von der Zugehörigkeit zum Unfallversicherungsträger des Unternehmers. Neben zusammengestellten und teilweise konkretisierten Pflichten des Arbeitgebers sind insbesondere auch detaillierte Mitwirkungspflichten der Beschäftigten aufgezeigt, §§ 15 ff. DGUV-Vorschrift 2 (seit 2011) konkretisiert die Schutzstrukturen aus dem ASiG, z. B. durch Regelungen zum Betriebsärztlichen Dienst.

Hauptaugenmerk auf Prävention und Rehabilitation traumatischer Ereignisse legt die Veröffentlichung DGUV Grundsatz 306-001, in der das Gesamtkonzept präventiver Ansätze im Umgang mit traumatischen Ereignissen in einem Verlaufsschema dargestellt wird (vgl. Abbildung 1). Es zeigt Handlungsansätze für Unternehmen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Unfallversicherer auf und bildet die Grundlage für die Entwicklung unseres Forschungsmodells.

2.3. Notfall, Trauma, Krise

Notfälle bzw. plötzlich auftretende Extremsituationen treffen die meisten Menschen unvorbereitet. In der Fachliteratur zur Notfallpsychologie beschreibt Hausmann (2021) „Ein Notfall ist ein plötzlich auftretendes, gefährliches Ereignis oder eine Situation, die das Funktionieren eines Systems (körperlich, psychisch, familiär, sozial, ökologisch, technologisch etc.) akut gefährdet. Die normalen Abläufe sind stark eingeschränkt oder überhaupt unterbrochen. Die Fähigkeit, Veränderungen, Belastungen und unvorhergesehene Situationen zu bewältigen, wird durch einen Notfall extrem beansprucht. Das kann den Körper ebenso treffen wie das Erleben und Verhalten, die Familie, ein Team, die Umwelt etc.. Ein schwerer Schaden sei laut Hausmann nicht auszuschließen oder bereits eingetreten, der Zusammenbruch des gesamten Systems könnte folgen.“ Er unterscheidet wie folgt: Notfall bezeichnet ein Ereignis, Trauma eine mögliche Qualität des Ereignisses und Krise einen möglichen Zustand infolge dieses Ereignisses.

Laut Hausmann (2021) sind Notfälle potenziell traumatische Ereignisse, die eine psychische Krise auslösen oder verstärken können. Ein Notfall sei ein unerwartetes, plötzlich auftretendes, schweres, bedrohliches Ereignis, dass die psychische Stabilität akut gefährde. In DGUV Information Grundsatz 306-001 wird dafür auch die Begrifflichkeit „Extremsituation“ verwendet. Notfälle sind nach Hausmann dadurch gekennzeichnet, dass sie von kurzer Dauer sind, einen klaren Beginn und ein klares Ende haben. In der DGUV Information 206-018 wird dabei das Erleben von Angst, Bedrohung, Hilflosigkeit und Entsetzen genannt. Die DGUV Information 206-023 führt darüber hinaus das Erleben von Schuld auf.

Die individuellen Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien werden nach Hausmann massiv beansprucht. Ein Notfall kann bei den betroffenen Personen und Gruppen massive Reaktionen auslösen, sowie zu gravierenden Folgestörungen führen.

Notfälle sind laut des Experten nicht in jedem Fall traumatisch. Sie können auch nur belastend sein, aber bei hinreichenden Ressourcen und mit entsprechender Unterstützung relativ rasch bewältigt und überwunden werden, ohne nachhaltige Schädigung bzw. psychisches Trauma.

Hausmann (2021) bezieht sich auf Fischer/Riedesser 1998 & WHO, 2019 und beschreibt die Qualitäten eines Traumas. „Ein Trauma ist ein Ereignis, das als entsetzlich oder aber auch äußerst bedrohlich erlebt wird, verbunden mit subjektiver Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe gegenüber der Bedrohung. Betroffene sind in ihrem selbst und Weltverständnis zutiefst erschüttert und fühlen eine unmittelbare, vitale Diskrepanz zwischen der erlebten Gefahr und den eigenen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Ein traumatisches Ereignis bewirkt eine nachhaltige psychische Verletzung und kann zu einer Reihe von erheblichen bis schweren psychischen Störungen führen.“

Eine Krise bedeutet den Verlust des seelischen Gleichgewichts, wenn wichtige Aufgaben, Ereignisse oder Lebensumstände nicht bewältigt werden können. Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen reichen zur Bewältigung der neuen Situation nicht mehr aus. Früh erworbene Fähigkeiten und bisher bewährte Hilfsmittel versagen. Ein Notfall oder ein traumatisches Ereignis können eine Krise auslösen oder erheblich verschärfen (Hausmann, 2021).

Die Krisenintervention umfasst dabei alle gezielten Handlungen, die den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Krisen helfen, ihre inneren Anspannungen verringern und sie dabei unterstützen, ihre Probleme und Aufgaben zu meistern. Dazu zählen emotionale Unterstützung und Gespräche sowie praktische und materielle Hilfeleistungen aller Art. Die Interventionen sind allgemeiner und breiter gefächert als jene der Notfallpsychologie. Hausmann beschreibt, dass notfallpsychologische Interventionen zeitlich gestaffelt sind und sich an den jeweiligen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Dafür dient ein Leitfaden mit folgender Einteilung:

- Notfall
- psychologische Akuthilfe: die ersten Stunden bis Tage nach dem Notfall
- psychologische Stabilisierung: die ersten Tage bis Wochen nach dem Notfall
- weitere Betreuung und Therapie: Monate bis Jahre nach dem Notfall

Er begründet, dass in jeder dieser Phasen unterschiedliche Belastungen, Bedürfnisse und Bewältigungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen und dadurch jeweils spezifische Interventionen sinnvoll seien (ebd.).

2.4. Notfälle im Arbeitskontext

Auch im Arbeitskontext können Notfälle (bzw. Extremereignisse) auftreten. Sie gelten als Arbeitsunfälle, auch ohne primäre Körperschäden. Mögliche psychische Gesundheitsgefährdungen können dabei nicht nur primär Betroffene erleiden, sondern auch sekundär betroffene Mitarbeitende, denn auch das Miterleben eines Notfalles stellt eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr dar. Diese können schwerwiegende Krankheitsbilder bei den Mitarbeitenden hervor-

rufen, die auch Nachteile für Unternehmen bedeuten. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung widmet sich seit 2015 verstärkt dieser Thematik.

Die DGUV Information 206-017 leitet ihre Handlungsempfehlung für Unternehmen wie folgt ein: Die Betroffenen erleben eine Konfrontation mit tatsächlichen oder drohenden ernsthaften Gesundheitsschäden oder sonstigen Gefahren für die Unversehrtheit der eigenen Person oder für andere Personen. Charakteristisch sei nach DGUV Information 206-017 das Erleben von starker Angst, Bedrohtsein, Hilflosigkeit und Entsetzen. Weiterhin wird beschrieben, dass sich Betroffene während und unmittelbar nach einem plötzlichen und unerwarteten traumatischen Ereignis in der Schockphase wie betäubt oder desorientiert erleben. Trotzdem können manche Betroffene äußerlich ruhig und gefasst wirken. Diese Ereignisse seien selten, stellen für die Betroffenen jedoch eine massive Beanspruchung dar.

Eine Konkretisierung der Extremereignisse im Arbeitskontext wird nachstehend dargestellt. Im DGUV Grundsatz 306-001 wird festgestellt, dass das Spektrum groß ist. Typische Ereignisse stellen Betriebsunfälle, tätliche Übergriffe, Raubüberfälle, Bedrohungen, Verkehrsunfälle und Rettungseinsätze dar. Darüber hinaus werden in der Literatur folgende Ereignisse genannt: Die DGUV Information 206-017 „Gut vorbereitet für den Ernstfall - mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen“ aus Juli 2015, eine Informationsbroschüre für Unternehmen, führt beispielhaft verschiedene Ereignisse, die Notfälle mit Potenzial für psychische Gesundheitsgefährdungen darstellen, und das Erleben der Betroffenen an. So werden zum Beispiel das Dabeisein/Mitansehen eines Unfalls (Überfahren werden) eines Kollegen, ein Raubüberfall in einer Tankstelle aus Perspektive einer Kassiererin, schlimmes Beschimpfen bis Bespucken und schließlich Schlagen einer Kontrolleurin bei der Fahrscheinkontrolle, Miterleben eines Maschinenunfalls mit körperlichen Schäden bei dem Kollegen, die Kollision eines Schiffs wegen technischen Defekts trotz aller Notfallmaßnahmen, das Auffinden ein verbranntes Kindes durch einen Feuerwehrmann oder der Erhalt von Morddrohungen einer Mitarbeiterin des Sozialamts aufgeführt. All diese Situationen stellen arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen dar.

Im Auszug zur Prüfliste Psychotrauma der Unfallversicherung Bund und Bahn von 2016, auf die auch die DGUV Information 206-018 Trauma – Psyche – Job Bezug nimmt, werden folgende außergewöhnliche Situationen aufgeführt:

- schwere Unfälle, Notfälle
- Suizidhandlungen (Selbsttötungshandlungen)
- Schadensereignisse mit großen Opferzahlen, Großschadenslagen
- Konfrontation mit schwer Verletzten, Verstümmelten, Verbrannten und Toten
- Arbeit mit psychotraumatisierten Menschen
- Ermittlungen nach schweren Straftaten wie Mord, Kindesmissbrauch
- Opferidentifizierung
- häufige, belastende Einsätze in kurzer Zeit
- Überbringung von Todesnachrichten
- lebensbedrohliche Infektionen

Weitere Gewaltereignisse sind körperliche Angriffe, schwere verbale Übergriffe, Drohungen und Geiselnahmen/Entführungen. In VBG-Fachwissen „Umgang mit Bedrohungen und Notfällen“ werden unter anderem die schwere, akute Bedrohung der Gesundheit z. B. durch Herzstillstand oder starke Blutungen sowie Brände genannt.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche aller Extremereignisse mit möglichen psychischen Gesundheitsgefährdungen wurden in mehreren Expertenrunden innerhalb der Forschungsgruppe aber auch mit den Expert:innen des Forschungsbegleitkreises diskutiert und in eine Definition mit aggregierter Liste von Notfällen im Arbeitskontext zusammengefasst. Diese bildet die Grundlage für die weitere Verwendung im Forschungsprojekt.

Extremereignisse im Arbeitskontext sind Notfälle, die unerwartet und plötzlich auftreten und mit dem Erleben von Angst, Bedrohung, Hilflosigkeit, Entsetzen oder auch Schuld einhergehen. Sie sind von kurzer Dauer, haben einen klaren Beginn und ein klares Ende. Extremereignisse bzw. Notfälle erfüllen die Definition eines Unfalls nach § 8 Abs. 1 Satz 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII): „zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen“. Notfälle im Arbeitskontext sind beispielsweise:

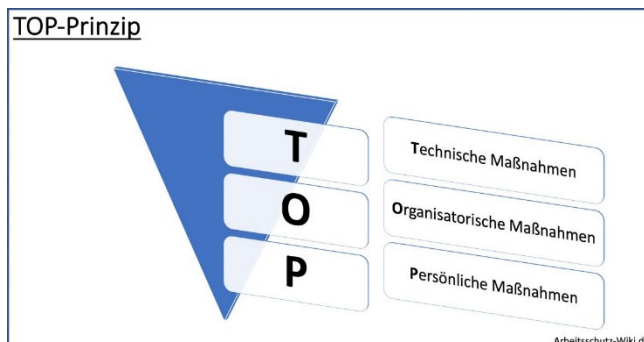
- Arbeitsunfälle mit schwerer oder tödlicher Verletzung (z. B. Stromschlag, Abstürze)
- Wege- und Verkehrsunfälle (z. B. Verkehrsunfall auf dem Weg von oder zur Arbeit)
- gewaltsame körperliche Übergriffe (z. B. Schlagen, Treten, Gegenstände einsetzen)
- verbale Gewalt (z. B. Bedrohung, Beschimpfung, schwere Beleidigung)
- sexuelle Übergriffe / sexuelle Gewalt
- Raubüberfälle, Geiselnahmen, Amokläufe
- Suizide oder Suizidversuche
- plötzliche Todesfälle (z. B. von Kunden, Kollegen)
- medizinische Notfälle (z. B. schwere, akute Bedrohung der Gesundheit)
- Angriffe durch Tiere (z. B. durch Hunde)
- Brände

2.5. Gefährdungsbeurteilung von Notfällen

In der DIN ISO 45001, einem „Managementsystem für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ wird der Begriff der Gefährdung als „Ursache, die potenziell zu Verletzung und Erkrankung führen kann“, erklärt. Die Gefährdungsbeurteilung, die die Grundvoraussetzung für zielgerichtete, wirksame und kostengünstige Arbeitsschutzmaßnahmen ist, verpflichtet Arbeitgeber dazu, potenzielle Gefährdungen für alle Tätigkeitsbereiche und Beschäftigten abzuschätzen sowie diese zu dokumentieren und arbeitsschutzfördernde Maßnahmen durchzuführen. Die systematische Vorgehensweise zur Festlegung geeigneter Maßnahmen wird in § 4 ArbSchG formuliert. So hat der Arbeitgeber die Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen, Maßnahmen mit dem Ziel zu planen, Technik Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen und individuelle Schutzmaßnahmen nachrangig zu anderen Maßnahmen zu planen. Auf Grundlage der gesetzlichen Regelung ist die Maßnahmenhierarchie nach dem (S)TOP-Prinzip fester Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung. Unter dem (S)TOP-Prinzip ist zu verstehen, dass bei der Auswahl der Schutzmaßnahmen grundsätzlich eine Maßnahmenhierarchie von oben nach unten/ top-down zu beachten ist (https://www.bgbau-medien.de/handlungshilfen_gb/daten/tr/trgs500/5.htm).

2.5.1. EXKURS (S)TOP-Prinzip & Maßnahmenhierarchie

Zunächst ist zu prüfen, ob Gefährdungen an der Quelle zu beseitigen oder zu reduzieren sind (S = Substitution). Ist dies nicht möglich, ist zu prüfen, ob die Gefährdungen durch technische Maßnahmen (T = technisch) zu beseitigen oder zu reduzieren sind. Sind technische Maßnahmen nicht möglich oder nicht ausreichend, ist zu prüfen, ob die Gefährdungen durch organisatorische Maßnahmen (O = organisatorisch) zu beseitigen oder zu reduzieren sind. Sind organisatorische Maßnahmen nicht möglich oder nicht ausreichend, ist zu prüfen, ob die Gefährdungen durch den Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung (P = persönlich) zu vermeiden oder zu reduzieren sind. Sind die vorgenannten Maßnahmen nicht möglich oder nicht ausreichend, ist zu prüfen, ob die Schutzziele durch Qualifikation der Beschäftigten (P = persönlich) zu erreichen sind. Zum Erreichen der Schutzziele ist es in den meisten Fällen erforderlich, Maßnahmen zu kombinieren, wobei die Hierarchiestufen und die damit verbundene Wirksamkeit der Maßnahmen zu beachten sind. Ziel ist, das Risiko auf ein akzeptables Maß zu reduzieren (BAUA, Handbuch Gefährdungsbeurteilung, 2021).



Es ist davon auszugehen, dass Notfälle nicht an der Quelle durch den Arbeitgebenden zu beseitigen sind. Deshalb sollte der Fokus auf präventiven Maßnahmen auf der TOP-Ebene liegen.

Die Beurteilung der ermittelten Gefährdungen kann mittels einer Risikomatrix vorgenommen werden, die in den DGUV Informationen 206-017 und 206-018 aufgeführt ist. Dabei ist auf Grundlage der Häufigkeit des Eintretens eines Notfalls und der möglichen Schwere der Folgen einzuschätzen, ob Handlungsbedarf notwendig ist.

			hoch	Folgeschwere
			mittel	
			gering	
selten	mittel	häufig		
Häufigkeit				

Abbildung 2: Nachbildung Risikomatrix aus DGUV Informationen 206-017 und 206-018

Zur Orientierung in der Praxis werden Richtwerte angegeben, an denen eine Abschätzung vorgenommen werden kann. Die Häufigkeit *selten* liegt vor, wenn ein Notfall seltener als einmal in fünf Jahren vorkommt. Tritt ein Notfall alle ein bis fünf Jahre auf, liegt die Häufigkeit *mittel* vor, bei mehreren Notfällen pro Jahr die Häufigkeit *häufig*. In die Bewertung der Folgeschwere sollen in die Beurteilung die möglichen körperlichen und psychischen Gesundheitsstörungen bei direkt Betroffenen (z. B. Unfallopfer) sowie unmittelbaren Zeugen (z. B.

Kollegen) und die Schäden für den Betrieb (z. B. Schaden durch Ausfall von Beschäftigten, Beschädigung von Betriebsanlagen, finanzieller Schaden durch Raub) einbezogen werden und in die Kategorien *gering*, *mittel* oder *hoch* eingeordnet werden.

Zur Verknüpfung der Häufigkeit und der Folgeschwere für die jeweiligen Notfälle kann die Matrix mit den farblichen Feldern genutzt werden. Die Farben zeigen im Ampelprinzip den jeweiligen Handlungsbedarf an.

Risiko für seelische Verletzungen gering, aber nicht gleich Null.

Es muss kein betriebsinternes Präventionssystem aufgebaut werden.

Für den Fall der Fälle ist aber ein Kontakt zu externer Hilfe vorzuhalten.

Risiko für seelische Verletzungen mittel. Grundlagen für die betriebsinterne Hilfe sollten vorhanden sein (z. B. Sensibilisierung der Führungskräfte, Information der Beschäftigten, ggf. betriebsinterne Erstbetreuerinnen und -betreuer). Ein Kontakt zu externer Hilfe ist vorzuhalten.

Risiko für seelische Verletzungen hoch. Es sollte eine handlungsfähige Hilfestruktur ins Unternehmen integriert werden (betriebsinterne Erstbetreuerinnen und -betreuer, Präventionsmaßnahmen für Beschäftigte). Ein Kontakt zu externer Hilfe ist vorzuhalten.

Abbildung 3: Nachbildung Beurteilung und Folgeschwere für seelische Verletzungen nach Notfällen aus DGUV Informationen 206-017 und 206-018

Diese Risikomatrix unterscheidet sich von der im Arbeitsschutz häufig angewandten Risikomatrix nach Nohl, in der nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Schwere des Ereignisses beurteilt wird. Die Frage nach der Häufigkeit ist retrospektiv orientiert, die Eintretenswahrscheinlichkeit schließt auch zukünftige Ereignisse mit ein.

Für den Prozess zur „Ermittlung von Gefährdungen und Bewertungen von Risiken und Chancen“ wird laut VBG Fachwissen Umgang mit Bedrohungen und Notfällen (1/2022) unter anderem eine Betrachtung von „zurückliegenden relevanten Vorfällen, innerhalb und außerhalb der Organisation, einschließlich Notfällen und ihren Ursachen“ sowie „potenziellen Notfallsituationen“ gefordert.

Anhand der Risikomatrix können Handlungsbedarfe abgeleitet werden. Die jeweiligen Schutzmaßnahmen sollten nach ihrer Wirksamkeit angeboten werden, um die Schwere des Ereignisses zu mildern. Weiterhin kann es in einer Gefährdungsbeurteilung bei psychischer Belastung Hinweise auf mögliche Handlungsbedarfe geben, wenn die emotionale Inanspruchnahme eine hohe Beanspruchung anzeigt.

Abschließend kann gesagt werden, dass Unternehmen zwei Verfahren zur Ermittlung von Notfällen in ihrem Unternehmen zur Verfügung stehen, um geeignete Schutzmaßnahmen für ihre Mitarbeitenden abzuleiten und damit ihrer Fürsorgeverantwortung nachzukommen, die Risikoanalyse – Betrachtung von zurückliegenden und potenziell eintretenden Notfällen nach Häufigkeit und Folgeschwere – oder die Gefährdungsbeurteilung bei psychischer Belastung.

2.6. Wortwahl im Kontext der Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen

Das Forschungsvorhaben fokussiert im Sinne der DGUV-Wortwahl die Prävention und Rehabilitation von Notfällen im Arbeitskontext. Eine krankheitsbezogene Wortwahl wie „Traumatisches Ereignis“ oder „Opfer“ vermittelt einen Krankheitswert des Erlebten. Nach einem Notfall erleben Betroffene Dinge, die auch im Rahmen einer psychischen Krankheit auftreten können, z. B. Schlafstörungen oder Freudlosigkeit (Lasogga, 2021), und sind zunächst Teil der Bewältigung des Notfalls und als „normal“ durch die psychosozialen Helfer:innen zu bewerten.

Nach wie vor vermeiden Menschen, mit psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen assoziiert zu werden (Schomerus, 2021). Die Angst vor Vorurteilen oder Stigmatisierung ist groß, besonders im Arbeitskontext. Das Problem dabei ist: Vorurteile sitzen oft tief und die Aktivierung kommt unbewusst oder halb bewusst zustande (Garms-Homolová, 2021). Deshalb ist die reflektierte Wahl und gezielte Nutzung ausgewählter Fachbegriffe, die für die Betroffenen nicht stigmatisierend wirken, förderlich, denn potenziell stigmatisierende Begriffe können im Zweifelsfall dazu führen, dass keine Betreuungsleistung wahrgenommen wird (vgl. bspw. Corrigan et al., 2014; Clement et al., 2015 oder Schnyder et al., 2017).

In der notfallpsychologischen Fachsprache ist man daher vermehrt dazu übergegangen, potenziell stigmatisierende Begriffe nicht mehr zu vermeiden. In der vorliegenden Forschungsarbeit verwenden wir daher die folgenden, neutraleren Begriffe:

- Betroffene (statt Opfer)
- Akutintervention oder Akuthilfe (statt Krisenintervention)
- PSNV – Psychosoziale Notfallversorgung (statt Krisenintervention)
- Notfall oder plötzlich auftretende Extremsituation (statt traumatisches Ereignis)
- psychische Gesundheitsgefährdung bzw. psychische Gesundheitsschädigung (statt Trauma)

Die Begriffe Trauma und Traumafolgestörung verwenden wir bei einem maladaptiven Verlauf.

Für die Entwicklung des Forschungsmodells wurde das „DGUV-Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach traumatischen Ereignissen“ gemäß der recherchierten Literatur erweitert. Nachfolgend wird zunächst das Grundmodell und anschließend das Forschungsmodell dargestellt. Final ist eine bildliche Darstellung des Forschungsmodells mit Einordnung in die Gefährdungsbeurteilung beigelegt.

2.7. DGUV-Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach traumatischen Ereignissen

Mit dem Fokus auf traumatische Ereignisse (Notfälle bzw. Extremsituationen) im Arbeitskontext stellt der DGUV Grundsatz 306-001 (vgl. Abbildung 1) ein Modell für die Vermeidung von psychischen Gesundheitsschäden und deren Folgen nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext vor. Das Modell in Abbildung 1 stellt Ziele, Maßnahmen, Verant-

wortliche und mögliche Akteure für die Phasen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention dar (ebd.).

Gemäß des DGUV-Grundsatzes 306-001 soll in der Primärprävention zunächst in der Gefährdungsbeurteilung festgestellt werden, inwiefern für die Beschäftigten eine Gefährdung durch plötzlich auftretende Extremsituationen besteht. Das Ziel ist hier gemäß der Schutzzielhierarchie des Arbeitsschutzes (TOP-Prinzip) die Gefährdung zu reduzieren.

In der Sekundärprävention wird die betriebliche psychologische Erstbetreuung fokussiert. Ziel ist, die auftretende akute Stresssituation zu vermindern und Orientierung und Sicherheit herzustellen.

Vom zeitlichen Rahmen her sollte die Betreuung möglichst sofort, im günstigsten Fall noch am Ereignisort, und wenn das nicht möglich ist im Rahmen von bis zu 48 Stunden stattfinden. Das vorrangige Ziel der Tertiärprävention bzw. Rehabilitation ist es, durch frühzeitiges Erkennen, rasches Handeln und aktives Steuern der Heilbehandlung die Entwicklung oder Chronifizierung einer psychischen Störung zu verhindern und die Teilhabe zu sichern. Die schnelle und rechtzeitige therapeutische Hilfe hat dabei stets Vorrang vor einer komplexen Realitätsprüfung. Diese erfolgt meist ambulant bei im Rahmen des DGUV-Psychotherapeutenverfahrens zugelassenen Psychotherapeuten über den zuständigen Unfallversicherungsträger.

2.8. Forschungsmodell

Das Ziel des Forschungsmodells ist es, ein differenziertes Modell für Arbeitsschutzmaßnahmen nach dem TOP-Prinzip in zeitlicher Einordnung der Präventionsstufen zu sein. Dieses soll den Sachstand gemäß der recherchierten Literatur darstellen. Alle hier aufgeführten Maßnahmen stellen eine Orientierung für Unternehmen gemäß der allgemeinen Literatur dar. Branchenspezifische Empfehlungen sind hier nicht berücksichtigt, sollten aber für die Planung konkreter Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen durch die Verantwortlichen mit hinzugezogen werden. Im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts ist das Ziel, die theoretischen Empfehlungen mit den empirischen Ergebnissen abzustimmen.

Das DGUV-Modell stellt den orientierenden Handlungsleitfaden dar. Die weiterführende Literatur gibt unterschiedliche, meist branchenbezogene Empfehlungen für Maßnahmen nach TOP-Prinzip. Hieraus entstand die systematische Zuordnung aller Maßnahmen in den jeweiligen Phasen der Prävention, die technisch, organisatorisch oder personenbezogen empfohlen werden. Im Modell werden verschiedene Akteure beschrieben, welche in den jeweiligen Phasen des Prozesses verantwortlich sind und in der Versorgung beteiligt werden können. Die vorliegende Arbeit wählt für die Einordnung der Fachbegriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention anwenderorientierte Bezeichnungen, die sich an den Phasen des Eintritts eines Notfalls orientieren. Die Primärprävention wird als Prävention bezeichnet, die Sekundärprävention als Reaktion/Bewältigung, die noch einmal in zwei Phasen untergliedert wird; in die Phase unmittelbar nach dem Ereignis / der Akuthilfe und Tage bis Wochen nach dem Ereignis. Die Tertiärprävention findet sich in der Phase der Rehabilitation/Nachsorge wieder, die noch einmal in die außerbetriebliche Rehabilitation und innerbetriebliche Wiedereingliederung unterschieden wird.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

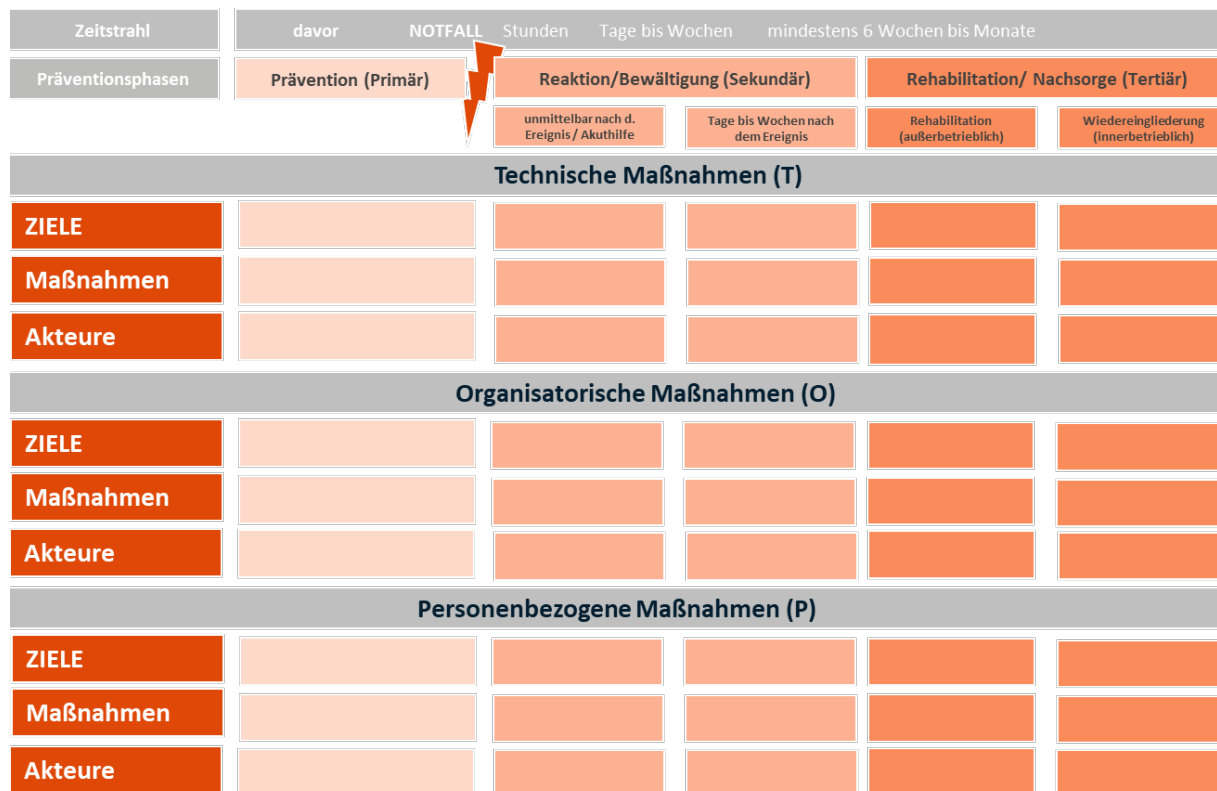


Abbildung 4: Grundstruktur des Forschungsmodells

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und Anregungen aus dem Forschungsbegleitkreis beschrieben, die eine Übersicht zu allen Zielen, Maßnahmen, dem TOP-Prinzip und Verantwortlichkeiten jeder einzelnen Präventionsphase ermöglicht. Für die vereinfachte Darstellung wird der Bezug zur Literaturquelle mit Kopfbzahlen gekennzeichnet.

1 Hausmann, C. (2021). Interventionen der Notfallpsychologie: Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert (2., überarbeitete Auflage). Facultas.

2 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015). DGUV Information 206-018: Trauma - Psyche - Job. Ein Leitfadn für Aufsichtspersonen. Berlin.

3 Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. (2022). Umgang mit Bedrohungen und Notfällen: Risiken kennen und angemessen handeln. Hamburg.

4 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. ((2017). DGUV Information 211-042: Sicherheitsbeauftragte. Berlin.

5 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017). DGUV Information Grundsatz 306-001: Traumatische Ereignisse - Prävention und Rehabilitation. Berlin.

6 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015). DGUV Information 206-017: Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen. Berlin.

7 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017). DGUV Information 206-023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen.

8 Schöllgen, I., Schulz, A., Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Traumatische Belastungen. Berlin.

9 Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1999). Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Heidelberg.

10 Anregungen aus dem Forschungsbegleitkreis

11 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2020). DGUV Information 206-030: Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten – Handlungsleitfaden für Führungskräfte. Berlin.

2.8.1. Prävention (Primärprävention)

Die Phase der Prävention betrachtet alle Aspekte, bevor ein Notfall eintritt.

Auf der Ebene der technischen Arbeitsschutzmaßnahmen sind die Ziele, Gefahren am Entstehungsort zu beseitigen, das Risiko zu verringern⁸, die Tatausübung zu erschweren und den Schadensumfang zu minimieren (VDI Richtlinie 4062, Blatt 2)³. Um die Ziele zu erreichen, können folgende Maßnahmen getroffen werden: Notausgänge einrichten und kennzeichnen⁵, das Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen^{5,6} oder eine räumliche Trennung vornehmen, z. B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen⁶.

Auf der Ebene der organisatorischen Arbeitsschutzmaßnahmen wird vor allem versucht, einen Notfall im Unternehmen zu verhindern⁵. Das Ziel kann mit unterschiedlichen Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch: Vermeidung von Alleinarbeit⁵; beschränkter Zutritt zu potenziell gefährlichen Bereichen⁵; schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung⁵; Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentralen Stellen⁵; betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen⁵; Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall⁵; Ausbildung betrieblicher psychologischer Erstbetreuer:innen⁶; Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen⁵; Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung⁶; Führungskräfte-schulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen⁶; Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen⁶; Aufnahme möglicher psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung⁶.

Auf der personenbezogenen Ebene der Arbeitsschutzmaßnahmen ist die Zielvorstellung, dass alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereitet werden und „traumatische“ Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindert bzw. deren Folgen gering gehalten werden⁵.

Das kann durch Sensibilisierung aller Akteure², durch Qualifizieren der Führungskräfte³ und durch Unterweisungen² nach § 9 ArbSchG; speziell Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept⁶ und zum Verhalten und zur Bewältigung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung⁶, geschehen. Die Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften⁶ ist trotzdem wichtig.

In der Phase der Prävention/Primärprävention sind die Verantwortlichen auf allen drei Ebenen (TOP) die Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13) und die möglichen handelnden Akteure die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Betriebsärzt:in; Führungskräfte³ (§ 11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, der Betriebsrat^{8,2}; die Interessenvertretungen³; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger² oder die Präventionsberater:innen¹⁰.

2.8.2. Reaktion / Bewältigung (Sekundärprävention)

Die Phase der Reaktion/Bewältigung betrachtet alles unmittelbar nach dem Notfall und der (mittelfristigen) Zeit danach. Es wird die Zeit unmittelbar nach dem Ereignis im Rahmen der Akuthilfe betrachtet und die zeitliche Abfolge in den Tagen bis Wochen nach dem Ereignis. Sowohl auf der Ebene der technischen als auch der organisatorischen Arbeitsschutzmaßnahme ist das oberste Ziel, auf Notfälle vorbereitet zu sein, diese erfolgreich zu bewältigen und die Auswirkungen zu reduzieren³. Diese technischen Arbeitsschutzmaßnahmen können unmittelbar nach dem Ereignis / in der Akutphase Unterstützung bieten: Rettungswege; Räume und Ausrüstung zur Versorgung⁷, Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege, Erste-Hilfe Material, Löscheinrichtungen, Warn- und Signaleinrichtungen, Überfallmeldeanlagen und noch weitere. In den Tagen und Wochen nach dem Ereignis ist eine Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse³ und Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten erforderlich. Dafür ergeben sich aus dem Arbeitsschutzgesetz Verantwortlichkeiten auf der technischen Ebene (Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13)) und auch handelnde Akteure werden benannt: Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Führungskräfte³ (§ 11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, Betriebsrat^{8,2}; Interessenvertretungen³; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger² und/oder Präventionsberater:innen¹⁰.

Unmittelbar nach dem Ereignis werden auf der organisatorischen Ebene folgende Akuthilfemaßnahmen empfohlen: Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern; Ingangsetzen des Notfallprozederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen; Angehörige informieren; Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten³; schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung⁶. Verantwortlich hier sind neben Arbeitgeber, Unternehmensleitung und Beauftragten (ArbSchG § 13) auch die Unfallversicherungsträger und die handelnden Akteure: Rettungsdienst, Feuerwehr; KIT, Notfallseelsorger; Betriebsärzte; D-Ärzte; betriebliche psychologische Ersthelfer⁷.

Für die Tage bis Wochen nach dem Ereignis soll (wenn nicht schon geschehen) die Unfallmeldung an den UVT und Dokumentation und Heilverfahrenssteuerung durch den UVT⁹ erfolgen, weiterer Unterstützungsbedarf analysiert werden, die Überleitungswege in professionelle Hilfen sichergestellt werden, ggf. Facharzt⁸ und das Unfallgeschehen⁹ untersucht und Führungskräfte beraten werden¹⁰. Auch hier trägt der Arbeitgeber, die Unternehmensleitung, die Verantwortung, während Reha-Manager:innen/Sachbearbeiter:innen der UV-Träger⁹ und die zentrale Koordinierungsstelle der DGUV die handelnden Akteure sind/sein können.

Auf der personenbezogenen Ebene der Arbeitsschutzmaßnahmen soll folgendes erreicht werden: auf Notfälle vorbereitet sein, diese erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren³, Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern⁵ und Orientierung und Sicherheit vermitteln⁵. Ebenso werden auch in dieser Phase zwei unterschiedliche Zeitabschnitte betrachtet. Unmittelbar nach dem Ereignis können auf der personenbezogenen Ebene die folgenden Maßnahmen für die Beteiligten hilfreich sein: betriebliche psychologische Erstbetreuung^{5,7}, externe psychologische Erstbetreuung⁵,

Informationsvermittlung/Unterstützung; Begleitung in das private Umfeld². Verantwortung dafür tragen die Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13) und Unfallversicherungsträger⁹. Als Akteure kommen zu diesem Zeitpunkt folgende Personengruppen in Frage: Rettungs-/Einsatzkräfte; betriebliche Ersthelfer; Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Führungskräfte³ (§ 11 ArbSchG).

In den Tagen bis Wochen nach dem Ereignis kann bis 48 Stunden nach Ereignis die psychologische Erstbetreuung (intern oder extern)⁵ erfolgen, weitere Angebote können sein: strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (z. B.: DISD8), Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen⁸; Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik)⁹; Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik⁹; Beratung/Unterstützung/persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs⁹. Neben der Verantwortung, die Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13) und Unfallversicherungsträger⁹ innehaben, sind folgende Akteure für sie im Einsatz: Notfallpsychologen, Kliniken und Trauma-Ambulanzen (der UVT), externe Unterstützer, D-Ärzt:in, Fachärzt:innen für Psychiatrie.

2.8.3. Rehabilitation / Nachsorge (Tertiärprävention)

Die Phase der Rehabilitation/Nachsorge wird in der Literatur fließend dargestellt und es wird kein klarer Zeitpunkt des Startes festgelegt. Es wird in außerbetriebliche und innerbetriebliche Aktivitäten unterschieden, da hier unterschiedliche Akteure in der Versorgung und Wiedereingliederung zum Einsatz kommen. Auf der technischen Ebene der Arbeitsschutzmaßnahmen wird das Ziel verfolgt, eine Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren vorzunehmen. Diese technischen Arbeitsschutzmaßnahmen außerhalb des Betriebes sind die Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse durch Unfallversicherung/externe Ermittler und das Erarbeiten von Gegenmaßnahmen. Verantwortlich sind auch hier wieder Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13) und vor allem die Unfallversicherungsträger², wobei die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger² und/oder Präventionsberater:innen¹⁰ aktiv werden.

Innerbetrieblich sollen Konsequenzen aus dem Ereignis gezogen werden und eventuell bauliche und technische Maßnahmen angepasst⁵ werden. Verantwortlich sind Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG § 13) und Unfallversicherungsträger². Die Veranlassung kann durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, den Betriebsarzt, Führungskräfte³ (§ 11 ArbSchG) und Sicherheitsbeauftragte erfolgen.

Mit Blick auf Rehabilitation/Nachsorge sollen auf der organisatorischen Arbeitsschutzebene die Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung geschaffen werden. Außerbetrieblich gelingt dies durch das Einleiten des Psychotherapeutenverfahrens⁹, die Inanspruchnahme von Psychotherapie^{5,6}; und/oder Beratung durch das Reha-Management⁶ und deren gesamte Heilverfahrenssteuerung⁶. Die Aufsichtsperson des UVT² kann so unterstützen: Sie sensibilisiert für das Thema, vermittelt Informationen, hilft bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung, unterstützt bei der Ausarbeitung eines betriebsspezifischen Konzepts und der Dokumentation der Aktivitäten. Arbeitgeber, Unternehmensleitung; UV-Träger sind hier in der Verantwortung. Die Durchführung übernehmen die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger² und/oder Präventionsberater:innen¹⁰.

Die innerbetrieblichen Maßnahmen auf der organisationsbezogenen Ebene sollten durch Unternehmen vorgehalten werden. z. B. die stufenweise Wiedereingliederung^{5,6} nach dem Hamburger Modell¹¹; Kooperation mit dem Reha-Management der UVT5; Krankenrückkehrgespräche¹¹; betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)¹¹; Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen/Arbeitspsycholog:innen/Betriebsärzt:innen⁶; Anpassung der Gefährdungsbeurteilung². Dafür sind Arbeitgeber, Unternehmensleitung und UV-Träger verantwortlich, die Umsetzung können z. B. die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt, die Führungskräfte³ (§ 11 ArbSchG) oder Sicherheitsbeauftragte übernehmen.

Die Maßnahmen der personenbezogenen Ebene verfolgen die Wiedereingliederung der betroffenen Personen/Beschäftigten in den Arbeitsprozess, um deren Teilhabe zu sichern⁵. Zudem sollen die Auswirkungen des Ereignisses minimiert bzw. beseitigt⁵ und eine Chronifizierung einer psychischen Störung verhindert werden⁵. Förderliche Maßnahmen außerhalb des Unternehmens können dafür sein: eine längerfristige Heilbehandlung und Rehabilitation (psychisch und physisch), eine Eignungsbeurteilung⁶ und bei Bedarf Neuqualifizierungen für die Bildung beruflicher Perspektiven⁶. Verantwortlich für die Umsetzung sind Arbeitgeber bzw. Unternehmensleitung und UV-Träger. An der Umsetzung beteiligt sein können Reha-Manager:innen des UVT, Reha-Einrichtungen, Bildungsträger, Psychotherapeut:innen, D-Ärzt:innen, Aufsichtspersonen.

Auch innerbetrieblich gibt es auf der personenbezogenen Ebene viele Möglichkeiten, um den Reintegrationsprozess zu begleiten. So können Nachbefragungen durchgeführt, die kollegialen Prozesse beobachtet und ein achtsames Miteinander gefördert werden⁶. Ebenso sollen BEM-Gespräche geführt und der kollegiale Support unterstützt werden⁶. Das Angebot von Belastungserprobungen sollte ermöglicht⁵ und ggf. das Angebot einer anderen Tätigkeit⁶ unterbreitet werden. Insgesamt wird ein stetiger Kontakt zum Arbeitsnehmenden¹¹ empfohlen und die Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen⁶. Verantwortlich für den Prozess sind die Arbeitgeber bzw. die Unternehmensleitung und die Unfallversicherungsträger. Für die Umsetzung können Betriebspsychologen, Betriebsärzte, Führungskräfte und Kolleg:innen benannt werden.

2.8.4. Bildliche Darstellung des Forschungsmodells mit Einordnung in die Gefährdungsbeurteilung

Forschungsmodell

Möglichkeiten und Maßnahmen zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen

„Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen –
eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“

(Projekt-Nr. FF-FP 0475) – Stand 30.06.2023

Abbildung 5: Bildliche Darstellung des Forschungsmodells mit Einordnung in die Gefährdungsbeurteilung

Gefährdungsbeurteilung von Notfällen



Im Folgenden finden Sie alle Maßnahmen nach Stand der Technik gemäß der Literatur und Ergänzungen durch Fachexpert:innen

¹ Hausmann, C. (2021). Interventionen der Notfallpsychologie: Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert (2., überarbeitete Auflage). Facultas.

² Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015). DGUV Information 206-018: Trauma - Psyche - Job. Ein Leitfaden für Aufsichtspersonen. Berlin.

³ Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. (2022). Umgang mit Bedrohungen und Notfällen: Risiken kennen und angemessen handeln. Hamburg.

⁴ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. ((2017). DGUV Information 211-042: Sicherheitsbeauftragte. Berlin.

⁵ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017). DGUV Information Grundsatz 306-001: Traumatische Ereignisse - Prävention und Rehabilitation. Berlin

⁶ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015). DGUV Information 206-017: Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen. Berlin.

⁷ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017). DGUV Information 206-023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen.

⁸ Schöllgen, I., Schulz, A., Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Traumatische Belastungen. Berlin.

⁹ Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1999). Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Heidelberg.

¹⁰ Anregungen aus dem Forschungsbegleitkreis

¹¹ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2020). DGUV Information 206-030: Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten – Handlungsleitfaden für Führungskräfte. Berlin

Ziele und Maßnahmen der Prävention

Präventionsphase		Prävention (Primärprävention)
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen		
ZIELE	Gefahren am Entstehungsort beseitigen/ Risiko verringern ⁸ Tatausübung erschweren, Schadensumfang minimieren (VDI Richtlinie 4062, Blatt 2)	
Maßnahmen	Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen ⁵ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen ^{5,6} Räumliche Trennung z.B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen ⁶	
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen		
ZIELE	einen Notfall im Unternehmen verhindern, das Unternehmen auf einen möglichen Notfall vorbereiten	
Maßnahmen	Vermeidung von Alleinarbeit ⁵ ; Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche ⁵ ; Schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ⁵ ; Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentraler Stelle ⁵ ; Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen ⁵ ; Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall ⁵ ; Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer:innen ⁶ ; Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen ⁵ ; Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung ⁶ ; Führungskräfte Schulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen ⁶ ; Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen ⁶ ; Aufnahme möglicher psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung ⁶	
Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen		
ZIELE	Alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereiten traumatische Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindern bzw. Folgen <u>gering halten</u> ⁵	
Maßnahmen	Sensibilisierung aller Akteure ² , Qualifizierung sichern/ Führungskräfte Schulungen ³ Unterweisungen ² nach §9 ArbSchG; Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept ⁶ Unterweisung zum Verhalten & zur Bewältigung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ⁶ Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften ⁶	

Ziele und Maßnahmen der Reaktion und Bewältigung

Präventionsphase		Akuthilfe/ Reaktion / Bewältigung (Sekundärprävention)	
		unmittelbar nach dem Ereignis / Akuthilfe	Tage bis Wochen nach dem Ereignis
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
ZIELE		auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren ³	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren ³
Maßnahmen		Rettungswege; Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten ⁷ ; Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege, Erste-Hilfe Material, Löscheinrichtungen, Warn- und Signaleinrichtungen, Überfallmeldeanlagen	Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse ³ und Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen			
ZIELE		auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren	
Maßnahmen		Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern; Ingangsetzen des Notfallprozederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer*innen; Angehörige informieren; Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ³ ; schnellstmögliche <u>Unfallanzeige</u> an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung ⁶	Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation Heilverfahrenssteuerung durch den UVT ⁹ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt ⁸ Untersuchungen des Unfallgeschehens ⁹ Führungskräfteberatung ¹⁰
Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen			
ZIELE		auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren ³ ; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern ⁵ <u>Orientierung</u> und <u>Sicherheit</u> vermitteln ⁵	
Maßnahmen		Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ^{5,7} ; Externe psychologische Erstbetreuung ⁵ ; <u>Informationsvermittlung</u> / <u>Unterstützung</u> ; Begleitung in das private Umfeld ²	Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ⁵ ; strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene ⁸ (Bsp: DISD ⁸), Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ⁸ ; Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ⁹ ; Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ⁹ ; Beratung / Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs ⁹

Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation & Nachsorge

Präventionsphase		Rehabilitation / Nachsorge (Tertiärprävention)	
		außerbetrieblich	innerbetrieblich
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
ZIELE	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren		
Maßnahmen	Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse durch Unfallversicherung / Externe Ermittler; Erarbeitung von Gegenmaßnahmen		Bauliche Maßnahmen anpassen ⁵ Technische Maßnahmen anpassen ⁵
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen			
ZIELE	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen		
Maßnahmen	Einleiten des Psychotherapeutenverfahren ⁹ Psychotherapie ^{5,6} ; Beratung durch Reha-Management ⁶ Heilverfahrenssteuerung durch Reha-Manager ⁶ Aufsichtsperson des UVT ² ; Sensibilisierung und Vermittlung von Informationen, Hilfe bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung, Unterstützung bei der Ausarbeitung eines betriebsspezifischen Konzepts, Dokumentation Ihrer Aktivitäten		Stufenweise Wiedereingliederung ^{5,6} nach dem Hamburger Modell ¹¹ Reha-Management der UVT ⁵ Krankenrückkehrgespräche ¹¹ Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ¹¹ ; Zusammenarbeit mit <u>Arbeitsmediziner:innen/</u> <u>Arbeitspsycholog:innen/ Betriebsärzt:innen</u> ⁶ Anpassung der Gefährdungsbeurteilung ²
Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen			
ZIELE	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern) ⁵ Auswirkungen des Ereignisses minimieren/ beseitigen ⁵ ; Chronifizierung einer psychischen Störung verhindern ⁵		
Maßnahmen	längerfristige Heilbehandlung und Rehabilitation (psychisch und physisch; Eignungsbeurteilung ⁶ ; Neuqualifizierungen, Bildung beruflicher Perspektiven ⁶		Nachbefragungen durchführen; Kollegiale Prozesse beobachten / achtsames Miteinander fördern ⁶ ; BEM-Gespräche führen, Kollegialen Support fördern ⁶ ; Belastungserprobungen ermöglichen ⁵ ; Stetiger Kontakt zum Arbeitnehmer ¹¹ ; Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen ⁶ Angebot einer anderen Tätigkeit ⁶

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Verantwortung und Akteure

Zeitstrahl	davor	NOTFALL	Stunden	Tage bis Wochen	mindestens 6 Wochen bis Monate
Präventionsphasen	Prävention (Primär)	Reaktion/Bewältigung (Sekundär)		Rehabilitation/ Nachsorge (Tertiär)	
		unmittelbar nach d. Ereignis / Akuthilfe	Tage bis Wochen nach dem Ereignis	Rehabilitation (außerbetrieblich)	Wiedereingliederung (innerbetrieblich)
Technische Maßnahmen (T)					
Verantwortung	Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13)		Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13)		Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13); UV-Träger
Akteure	Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, Betriebsrat ^{8,2} ; Interessenvertretungen ⁵ ; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² &/ o. Präventionsberater*innen ¹⁰		Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, Betriebsrat ^{8,2} ; Interessenvertretungen ⁵ ; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² und/ oder Präventionsberater*innen ¹⁰		Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² &/o. Präventionsberater*innen ¹⁰ Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte
Organisatorische Maßnahmen (O)					
Verantwortung	Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13)		Arbeitgeber, Unternehmensleitung		Arbeitgeber, Unternehmensleitung; UV-Träger
Akteure	Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, Betriebsrat ^{8,2} ; Interessenvertretungen ⁵ ; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² &/ o. Präventionsberater*innen ¹⁰		Rettungsdienst, Feuerwehr; KIT, Notfallseelsorger Betriebsärzte D-Ärzte; Betriebliche Ersthelfer	Reha-Manager*innen / Sachbearbeiter*in der UV-Träger ⁹ zentrale Koordinierungsstelle der DGUV (bei mehr als einem beteiligten UVT) ¹⁰	Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² &/o. Präventionsberater*innen ¹⁰ Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte
Personenbezogene Maßnahmen (P)					
Verantwortung	Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13)		Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13); UV-Träger		Arbeitgeber, Unternehmensleitung, Beauftragte (ArbSchG §13); UV-Träger
Akteure	Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG); Sicherheitsbeauftragte, Betriebsrat ^{8,2} ; Interessenvertretungen ⁵ ; Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ² &/ o. Präventionsberater*innen ¹⁰		Rettungs-/ Einsatzkräfte; Betriebliche Ersthelfer; Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt Führungskräfte ³ (§11 ArbSchG)	Notfallpsychologen Kliniken und Trauma-Ambulanzen (der UVT); Externe Unterstützer; D-Arzt:in/ Fachärzt:in für Psychiatrie	Reha-Manager des UVT Rehaeinrichtungen, Bildungsträger Psychotherapeut:in D-Arzt:in Aufsichtspersonen Betriebspsychologen, Betriebsärzte Führungskraft und Kollegen

3. Die Teilprojekte im Überblick

Die Bestandsaufnahme zur psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben erfolgte unter Beachtung der verschiedenen Perspektiven der Betriebe, der Unfallversicherungsträger, der ehrenamtlichen PSNV-Teams und der externen Anbietenden in vier Teilprojekten. Mit diesem multiperspektivischen Vorgehen wurde eine möglichst vollständige Situationsbeschreibung der psychosozialen Notfallversorgung mit einer betrieblichen Indikation in Deutschland erreicht. In jedem Teilprojekt wurde jeweils eine Kombination aus einem breiten Screening und einer gezielten Intensivbefragung einer ausgewählten Stichprobe durchgeführt. Dies erfolgte mit quantitativen und qualitativen Befragungen. Im Folgenden werden die Ergebnisse aller Teilprojekte einzeln und vollständig dargestellt. Für jedes Teilprojekt werden Ziele, Forschungsfragen, Methodik, Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung in abgeschlossener Form berichtet.

3.1. Teilprojekt 1, Betriebe

Zentraler Baustein des Projektes war die Untersuchung der Versorgung der Beschäftigten im Falle potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen im Arbeitskontext. Dafür erfolgte im Screening eine repräsentative Befragung der Betriebe mit Unterscheidung nach Betriebsgröße und Branche (Zugehörigkeit Unfallversicherungsträger) als Onlinebefragung. Daran anschließend wurde eine Intensivbefragung betroffener Beschäftigter ebenfalls als Onlinebefragung durchgeführt. Beide Studien werden nachfolgend vorgestellt.

3.1.1. Zielsetzung und Fragestellungen

Das Teilprojekt 1 hatte das übergeordnete Ziel, eine bundesweite Bestandsaufnahme zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen nach dem DGUV-Modell der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention vorzunehmen. Ziel des Teilprojekts war eine deutschlandweite Bestandsaufnahme der Umsetzung psychosozialer Notfallversorgung in Unternehmen entsprechend des DGUV-Modells (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. [DGUV], 2017b) sowie die Identifikation betrieblicher Einflussfaktoren aus Sicht von Unternehmen und betroffenen Beschäftigten. Hierzu wurden sowohl die Strukturen und Angebote der psychosozialen Notfallversorgung aus Unternehmenssicht als auch die Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen nach arbeitsbezogenen Notfällen erhoben.

Im Mittelpunkt des Projekts stand zum einen die Erfassung betrieblicher Einflussfaktoren auf Präventions- und Betreuungsmaßnahmen, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit, Qualität und Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote nach Notfällen. Zum anderen wurden die individuellen Erfahrungen von Beschäftigten unterschiedlicher Branchen, Betriebsgrößen und Bundesländer mit psychosozialen Notfällen untersucht, um die Passung zwischen den betrieblichen Rahmenbedingungen und dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf zu evaluieren. Erfasst wurden u. a. demografische Merkmale, Notfallarten, präventive Maßnahmen, die Nutzung regionaler Unterstützungsangebote, hemmende und förderliche Faktoren sowie die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern.

Mit der Intensivbefragung wurde darüber hinaus das Ziel verfolgt, aus der Perspektive verschiedener Betroffenenengruppen, darunter direkt Betroffene, Ersthelfende, Augenzeuginnen und Augenzeugen sowie mittelbar betroffene Kolleginnen und Kollegen, einen detaillierten Einblick in die psychosoziale Versorgung und deren Defizite im Anschluss an plötzlich auftretende

Extremsituationen zu gewinnen. Im Fokus standen dabei die subjektiven Bewertungen der Versorgung, wahrgenommene Barrieren und die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen. Die Untersuchung berücksichtigt damit internationale Forschungserkenntnisse, die auf eine häufig unzureichende Weiterführende Betreuung und mangelnde Integration psychologischer Unterstützung nach betrieblichen Notfällen hinweisen (Maple et al., 2020; Richins et al., 2020; Shick, 2020) und greift die Empfehlung auf, multiperspektivisch verschiedene Gruppen im Unternehmen einzubeziehen (Auth et al., 2022).

Die zentralen Forschungsfragen des Teilprojekts 1 lauteten daher:

1. Wie werden Beschäftigte in Unternehmen in Deutschland nach plötzlich auftretenden Notfällen psychosozial betreut?

2. Welche internen und externen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen beeinflussen die psychosoziale Betreuung nach Notfällen im Arbeitskontext positiv oder negativ?

Mit der Beantwortung dieser Fragen soll ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis für die gegenwärtige Praxis der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen geschaffen werden.

Nach der Darstellung der übergeordneten Ziele, Forschungsfragen und zentralen Inhalte des Teilprojekts folgt nun eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens beider Studien.

3.1.2. Methodik

3.1.2.1. Studie 1: Screening, Betriebsbefragung

3.1.2.1.1. Studiendesign

Ziel des Teilprojekts war eine umfassende Bestandsaufnahme der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. Untersucht wurden verschiedene betriebliche Zielgruppen, die im Arbeits- und Gesundheitsschutz Verantwortung tragen oder tätig sind (z. B. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Führungskräfte). Das Studiendesign war als Querschnittsuntersuchung angelegt, im Wesentlichen quantitativ-deskriptiv, jedoch mit explorativen Elementen. Da zu diesem spezifischen Thema bislang keine empirischen Daten vorlagen, wurde ein Fragebogen entwickelt, der neben geschlossenen auch offenen Fragen enthielt, um zusätzliche qualitative Einblicke zu gewinnen. Dieses Vorgehen lässt sich einem Mixed-Methods-Ansatz zuordnen, der quantitative und qualitative Methoden kombiniert (Mayring, 2015).

3.1.2.1.2. Screening-Verfahren

In der initialen Screening-Phase wurde eine breit angelegte quantitative Befragung mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Die Stichprobe wurde so gezogen, dass sie eine repräsentative Teilmenge der Betriebe nach Branche und Betriebsgröße abbildet. Die Entscheidung für einen Fragebogen beruht auf dessen breitgefächelter und ökonomischer Einsetzbarkeit: Mit Fragebögen können sehr viele unterschiedliche Sachverhalte erfasst und in relativ kurzer Zeit viele Personen befragt werden. Zudem erlauben sie den schnellen Vergleich der Angaben verschiedener Teilnehmer (Reinders et al., 2015). Für eine deutschlandweite Erhebung mit großer Reichweite wurde der Online-Versand per E-Mail gewählt. Ein Fragebogen eignet sich insbesondere dann, wenn der Untersuchungsgegenstand theoretisch vorab modelliert und in messbare Items operationalisiert wurde (Steiner & Benesch, 2021). Im vorliegenden Fall wurde das Konstrukt der betrieblichen psychosozialen Notfallversorgung aus gesetzlichen Vorgaben und literaturbasierten Empfehlungen hergeleitet. Da empirische Erkenntnisse hierzu fehlten,

enthielt die Befragung bewusst auch offene Fragen im Sinne einer Feldexploration, um die tatsächliche Umsetzung in der Praxis zu erfassen. Dadurch ergab sich ein überwiegend quantitatives, aber hinsichtlich der offenen Enden explorativ-qualitativ angereichertes Design (Mayring, 2015).

3.1.2.1.3. Entwicklung des Befragungsinstruments

Die Entwicklung des Befragungsinstruments stellte einen zentralen Schritt zu Beginn des Teilprojekts dar. Dabei wurde großer Wert auf wissenschaftliche Fundierung und Praxistauglichkeit gelegt. Zunächst wurden auf Basis der Literatur die relevanten Themenfelder und Begriffe definiert, um den Stand der Technik im Arbeitsschutz sowie die aktuellen Empfehlungen zur psychosozialen Notfallversorgung abzubilden. Gleichzeitig wurden Akzeptanzkriterien für die Befragten berücksichtigt: Die Bearbeitungszeit sollte etwa 15 Minuten nicht überschreiten, es sollten nur so viele soziodemografische Fragen wie nötig gestellt werden, die Items mussten verständlich und klar formuliert sein, inhaltliche Redundanzen wurden vermieden und die technische Handhabung sollte möglichst einfach sein. Außerdem wurde ein Teilnahmeanreiz vorgesehen. Der fertiggestellte Fragebogen gliederte sich in fünf thematische Abschnitte, zu denen jeweils ein kurzer Einleitungstext den Kontext erläuterte:

- I. Allgemeine Fragen zum Unternehmen*
- II. Allgemeine Fragen zu Notfällen im Betrieb*
- III. Detailfragen zu Prävention psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen*
- IV. Einführung von Maßnahmen der psychosozialen Betreuung*
- V. Zusammenarbeit und Leistungen des Unfallversicherungsträgers.*

Im Folgenden wird der Inhalt dieser Abschnitte näher beschrieben.

3.1.2.1.3.1. Abschnitt I: Allgemeine Fragen zum Unternehmen.

Hier wurden grundlegende Unternehmensmerkmale erfasst, die für die Studie relevant sind, zugleich aber die Anonymität der Betriebe wahren. Zunächst wurde mit der Frage nach der Funktion der antwortenden Person erhoben, in welcher Rolle der/die Befragte an der Umfrage teilnimmt. Da je nach Unternehmensgröße und Organisation verschiedene Akteure Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz tragen können, waren multiple Nennungen möglich. Zur Auswahl standen z. B. Geschäftsführer/Unternehmensleitung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Betriebspsychologe oder BGM-Beauftragter, Personalleitung, Führungskraft mit Personalverantwortung, Sicherheitsbeauftragter (§ 22 SGB VII), Betriebs- oder Personalrat (S Brenscheidt et al., 2020), Beschäftigter (§ 15 ArbSchG) sowie weitere (Freitext), angelehnt an die in der Literatur beschriebenen relevanten Akteursgruppen (DGUV, 2017b, 2015b). Anschließend wurde die Betriebsgröße erfragt (Pflichtfrage), da diese für die Auswertung zentral ist. Die Teilnehmer gaben die Anzahl der Beschäftigten in Kategorien an. Die Kategorien orientierten sich an der Definition von Kapitalgesellschaften nach § 267 HGB und der DGUV-Statistik (DGUV, 2020), jedoch geringfügig verfeinert: Selbstständig/Einzelunternehmen, 1 – 9, 10 – 49, 50 – 249, 250 – 499 und 500 oder mehr Beschäftigte. Dadurch lassen sich Kleinstbetriebe, kleine und mittelgroße Unternehmen sowie Großunternehmen getrennt betrachten. Branche: Über die Klassifikation der Wirtschaftszweige (NACE, 2008) ordneten sich die Betriebe in Frage 3.1 einer von 21 Branchenkategorien (A – U) zu. Zusätzlich standen „weiß ich nicht“ oder „sonstiges“ (mit Freitext) zur Auswahl, falls eine eindeutige Zuordnung nicht möglich war. In Frage 3.2 wurde der zuständige Unfallversicherungsträger abgefragt. Die gesetzliche Unfallversicherung gliedert sich in gewerbliche Berufsgenossenschaften (BG) und Unfallkassen der öffentlichen Hand (UVT). diese Liste wurde vollständig im Fragebogen abgebildet. Die Befragten konnten z. B. ihre BG (etwa BG Bau, BGW, VBG etc.), die zuständige Unfallkasse des Bundeslandes bzw. der Kommune, die Unfallversicherung Bund

und Bahn, die Feuerwehr-Unfallkasse oder die landwirtschaftliche Sozialversicherung (SVLFG) auswählen. Auch hier gab es die Optionen „weiß ich nicht“ und „kein Unfallversicherungsträger“ (letzteres v. a. für Selbstständige ohne Angestellte). Schließlich wurde in Frage 5 erfasst, ob es sich beim Unternehmen um ein Familienunternehmen handelt. Grundlage war die Definition des Wittener Instituts für Familienunternehmen (Wittener Institut für Familienunternehmen [WIFU], 2024). Die Befragten konnten mehrere Merkmale ankreuzen, die ein Familienunternehmen typischerweise auszeichnen (z. B. eigentümergeführt, mehrheitlich in Familienbesitz, die Inhaberfamilie prägt die Unternehmenspolitik, Unternehmen besteht seit Generationen, geplante Übergabe an Nachkommen) oder alternativ „nein, kein Familienunternehmen“ bzw. „weiß ich nicht“. Dieser Aspekt wurde aufgenommen, um Auswertungen nach Unternehmensform zu ermöglichen.

3.1.2.1.3.2. Abschnitt II: Allgemeine Fragen zu Notfällen im Betrieb

In diesem Teil ging es um die generelle Betroffenheit des Betriebs von Notfällen und den grundsätzlichen Umgang damit. Zunächst wurde den Teilnehmern eine Definition von „Notfällen im Arbeitskontext“ gegeben, die von der Projektgruppe aus der Literatur und einem Expertendiskurs abgeleitet worden war. Darunter fallen ungewöhnlich schwere Ereignisse im Betrieb, die zu psychischer Belastung führen können, etwa schwere oder tödliche Arbeitsunfälle (DGUV, 2015a), Suizide am Arbeitsplatz (DGUV, 2015b), gewaltsame Übergriffe auf Beschäftigte (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft [VBG], 2022) oder Brände und Explosionen (VBG, 2022). Dabei wurde auch zwischen primär betroffenen Personen und sekundär betroffenen Personen unterschieden. Auf Basis dieser Definition schätzten die Befragten in Frage 6 die Wahrscheinlichkeit, mit der Beschäftigte ihres Unternehmens solche Notfälle erleben könnten, entweder selbst betroffen oder als Zeuge/Helfer. Abgefragt wurden zehn Szenarien: gewaltsame körperliche Übergriffe, verbale Bedrohungen oder schwere Beleidigungen, sexuelle Übergriffe, Raubüberfall, Geiselnahme oder Amoklauf, plötzlicher Todesfall einer Person im Betrieb, schwere medizinische Notfälle, Wege- oder Verkehrsunfälle (auf dem Arbeitsweg), Arbeitsunfälle mit schweren oder tödlichen Verletzungen, Angriffe durch Tiere sowie Brände. Die Antwortskala reichte von „eher unwahrscheinlich“ über „gering/vielleicht“ und „eher wahrscheinlich“ bis „sicher“. In einer offenen Anschlussfrage (6.1) konnten weitere Notfallarten genannt werden, die im Betrieb vorkommen könnten, falls etwas nicht in der Liste enthalten war. Im weiteren Verlauf fokussierten die Fragen auf betriebliche Instrumente zur Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation im Zusammenhang mit solchen Notfällen. Frage 7 erhob, ob im Unternehmen eine Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz durchgeführt ist, das zentrale Instrument, um Arbeitsbedingungen auf Gesundheitsgefahren zu analysieren und geeignete Maßnahmen abzuleiten (S. Brenscheidt et al., 2021; ArbSchG, 1996/31.05.2023). Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „nein“ oder „weiß ich nicht“. Wenn „ja“ gewählt wurde, verzweigte der Fragebogen zu zwei Detailfragen: Frage 7.1 fragte mittels einer Checkliste (ja/nein/weiß nicht) ab, welche der potenziellen Notfälle aus Frage 6 in die Gefährdungsbeurteilung einbezogen wurden. Frage 7.2 erfragte analog, bei welchen dieser Notfälle auch potenzielle psychische Gesundheitsgefährdungen in der Gefährdungsbeurteilung betrachtet werden. Hiermit wurde erhoben, ob Betriebe in ihrer Risikobeurteilung neben physischen auch psychische Folgen von Extremsituationen berücksichtigen, wie es z. B. in Leitfäden empfohlen wird (DGUV, 2015a, 2015b). Ein weiterer Fragenkomplex behandelte die Dokumentation und Meldung von gesundheitsrelevanten Vorfällen. In Frage 8 gaben die Befragten auf einer fünfstufigen Skala (nie, selten, manchmal, häufig, immer) an, wie häufig Notfälle mit körperlichen Schädigungen (klassische Arbeitsunfälle) in ihrem Betrieb dokumentiert werden. Zusätzlich gab es die Optionen „weiß ich nicht“ und „ist noch nicht vorgekommen“. Frage 8.1 fragte entsprechend, wie häufig Notfälle mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung dokumentiert werden, getrennt nach direkt betroffenen Beschäftigten, kollegialen Ersthelfenden und Augenzeugen.

Hintergrund sind die Vorschriften, bestimmte Arbeitsunfälle aufzuzeichnen (DGUV, 2023) und Empfehlungen, traumatische Ereignisse zumindest im Verbandbuch zu vermerken, um bei eventuellen Spätfolgen einen Nachweis zu haben (Sachgebiet „Psyche und Gesundheit in der Arbeitswelt“ [AG „Trauma und Psyche“], 2024). Frage 8.2 ging einen Schritt weiter und untersuchte das Meldeverhalten an die Unfallversicherung: Hier wurde gefragt, ob bei meldepflichtigen Unfällen mit körperlichen Schädigungen (SGB VII § 193, 1996) zugleich auch potenzielle psychische Folgen der Betroffenen, Ersthelfer oder Augenzeugen an den Unfallversicherungsträger gemeldet werden. Die Antwortskala war analog (nie, immer, bzw. nicht vorgekommen/weiß nicht). Abschließend listete Frage 9 verschiedene Anlaufstellen und Personen, die im Unternehmen die Versorgung bzw. Betreuung psychisch belasteter Personen nach einem Notfall übernehmen können. Die Teilnehmenden konnten alle zutreffenden auswählen (Mehrfachauswahl). Vorgaben, abgeleitet aus Literatur und Expertenerfahrungen (DGUV, 2017b, 2015a), umfassten sowohl interne Akteure als auch externe Helfende. Auch „keine spezifische Versorgung vorgesehen“ war wählbar. Zusätzlich gab es ein Freitextfeld „weitere“ für Nennungen, die keiner Kategorie entsprachen.

3.1.2.1.3.3. Abschnitt III: Detailfragen zu Prävention psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen

Dieser umfangreiche Teil diente dazu, die bereits etablierten Maßnahmen im Unternehmen zur Vorbeugung und weiterführenden Betreuung psychisch belastender Notfälle systematisch zu erfassen. Theoretische Grundlage bildete ein 12-Felder-Modell, das die Projektgruppe basierend auf aktuellen Veröffentlichungen der DGUV, der BAuA und der Notfallpsychologie entwickelt hatte. Dementsprechend wurden die empfohlenen Maßnahmen entlang vier Phasen eines Notfalls abgefragt: vor dem Ereignis (Primärprävention), unmittelbar bei und nach dem Ereignis (Akutmaßnahmen), in den ersten Tagen und Wochen danach (kurzfristige Weiterführende Betreuungsmaßnahmen) und bei der Wiedereingliederung nach einem traumatischen Ereignis (langfristige Weiterführende Betreuung/Tertiärprävention). Für jede dieser Phasen präsentierte der Fragebogen eine Liste möglicher betrieblicher Maßnahmen, die auf dem TOP-Prinzip fußt, d. h. es wurden technische, organisatorische und personenbezogene Vorkehrungen berücksichtigt (DGUV, 2017b). Die Befragten sollten alle Maßnahmen ankreuzen, die in ihrem Unternehmen tatsächlich vorhanden oder etabliert sind. Mehrfachnennungen waren möglich; außerdem gab es pro Fragenkomplex ein offenes Feld für weitere Maßnahmen, um Raum für nicht gelistete Aktivitäten zu bieten. Wer angab, „keine konkreten Maßnahmen“ in einer Phase zu haben, konnte dies explizit wählen (dies schloss dann andere Nennungen aus). Zur Veranschaulichung einige Beispiele der abgefragten Maßnahmen: Vor dem Notfall (Primärprävention) reichten die technischen Maßnahmen von der Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen über Überwachungs- und Alarmsysteme bis zur räumlichen Trennung potenziell gefährdeter Bereiche (z. B. Kundenbereiche mit Schutzwänden) oder der Vermeidung von Alleinarbeit. Organisatorische Maßnahmen umfassten u. a. das Vorhandensein eines schriftlichen psychosozialen Notfallplans mit klar definierten Zuständigkeiten und Meldewege, die Bekanntmachung dieses Plans im Betrieb (z. B. Aushang zentraler Informationen), ein generelles betriebliches Betreuungskonzept zur Unterstützung von Beschäftigten bei und nach Notfällen, die Klärung der Ressourcen (wer übernimmt welche Aufgabe im Ernstfall, welche externen Stellen werden einbezogen) und eine Absprache mit dem Unfallversicherungsträger über Unterstützungsmöglichkeiten. Auch die vorsorgliche Planung von Wiedereingliederungsmaßnahmen für den Fall langer Ausfallzeiten gehörte dazu. An personenbezogenen präventiven Maßnahmen wurden z. B. regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter zum richtigen Verhalten und zur Weiterführende Betreuung von Extremsituationen abgefragt, Schulungen für Führungskräfte zum Erkennen und Umgang mit psychischen Belastungsreaktionen,

die Ausbildung von betrieblichen psychologischen Erstbetreuern oder generell die Überprüfung der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften im Alltag. In der Akutphase direkt nach einem Notfall standen Maßnahmen der Erstversorgung im Vordergrund: etwa der Einsatz von psychologisch geschulten Erstbetreuern, intern vorhandene oder über externe Partner zur sofortigen Betreuung Betroffener, das Vorhalten eines Notfall-Kits (z. B. Decken, Getränke, Info-Blatt mit Hinweisen für Betroffene), die unverzügliche Meldung des Vorfalls an den Unfallversicherungsträger unter Hinweis auf psychische Gefährdungen, die Sensibilisierung von Führungskräften und Kollegen dafür, akute psychische Reaktionen zu erkennen, sowie die Bereitstellung von Informationsmaterial zu typischen Symptomen und zu vorhandenen Hilfsangeboten. In den ersten Tagen und Wochen nach einem Notfall (kurzfristige Weiterführende Betreuung) wurden Maßnahmen wie das Angebot psychosozialer Beratung und Unterstützung für betroffene Beschäftigte, entweder durch interne Ansprechpartner (z. B. Betriebsarzt, Betriebspsychologe) oder durch externe Fachkräfte, ein aufmerksamer Umgang im Team (z. B. entlastende Gespräche, Freiräume gewähren), die Vermittlung in professionelle Nachbetreuung durch den Unfallversicherungsträger, das Aushändigen von Informationsmaterial zur weiteren Versorgung und ggf. Unterweisungen über außerbetriebliche Hilfen (wie man z. B. psychotherapeutische Unterstützung über die BG erhalten kann) abgefragt. Für die Wiedereingliederung nach längerer Ausfallzeit wurden schließlich Möglichkeiten erfragt wie betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) für psychisch beeinträchtigte Rückkehrer, Krankenrückkehrgespräche durch die Führungskraft, eine engmaschige Begleitung des Wiedereinstiegs durch Kollegen oder Vorgesetzte, der kontinuierliche Kontakt zum betroffenen Mitarbeiter während der Fehlzeit, die Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt oder Arbeitspsychologen zur Rückkehrplanung oder auch das Angebot, den Mitarbeiter vorübergehend in einer anderen, angepassten Tätigkeit einzusetzen. Die Befragten konnten für jede Maßnahme angeben, ob diese im Unternehmen praktiziert wird. Durch die Kombination aus vorgegebenen Items und offenen Nennungsmöglichkeiten ließ sich ein detailliertes Bild des Umsetzungsstandes je Betrieb zeichnen.

3.1.2.1.3.4. Abschnitt IV: Einführung von Maßnahmen der psychosozialen Betreuung

In diesem Teil wurde der Implementierungsstand und die betrieblichen Erfahrungen bei der Einführung von psychosozialen Unterstützungsangeboten untersucht. Zunächst schätzten die Befragten in Frage 14 ein, wie gut die Psychosoziale Notfallversorgung im eigenen Betrieb aktuell organisiert ist, mittels eines Schiebereglers auf einer Skala von 0 („noch gar nicht umgesetzt/vorgesehen“) bis 100 („sehr gut umgesetzt“). Diese Selbsteinschätzung gibt einen Gesamteindruck vom wahrgenommenen Status quo im Unternehmen. Anschließend fokussierten die Fragen auf Barrieren und Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung solcher Maßnahmen. Frage 15 lautete: „Welche Schwierigkeiten gab es, Maßnahmen umzusetzen?“ Hier konnten die Teilnehmer alle zutreffenden Gründe ankreuzen, die sie als Hemmnisse erlebt haben. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten orientierten sich an bekannten allgemeinen Hindernissen bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Bechmann et al., 2011) und waren für den Kontext der psychosozialen Notfallversorgung angepasst. Beispiele für solche Schwierigkeiten sind: „war bisher kein Thema im Unternehmen“, „schlechte Vorerfahrungen mit ähnlichen Programmen“, „zu wenig Informationen über mögliche Maßnahmen“, „fehlendes Wissen über Anbieter“, „Zweifel am Nutzen bei Verantwortlichen“, „Bedenken/Zurückhaltung seitens der Führungskräfte“, „zu hohe Kosten“, „Mangel an personellen/zeitlichen Ressourcen“, „andere Themen hatten Vorrang im Tagesgeschäft“ oder „Mitarbeiter ziehen nicht mit bzw. nutzen Angebote nicht“. Über ein Freifeld „weitere“ konnten zusätzliche, nicht gelistete Hemmnisse benannt werden. In Frage 16 „Was hat Sie bei der Maßnahmenumsetzung

unterstützt?“ wurde das Gegenstück dazu erhoben: mögliche förderliche Faktoren oder Unterstützung, die den Betrieben geholfen haben, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen einzuführen. Auch hier gab es eine Liste von Ansätzen, angelehnt an Empfehlungen aus der BGM-Forschung (Bechmann et al., 2011) und ergänzt durch Hinweise aus unserem Expertenkreis. Dazu zählten z. B. „Unterstützung durch andere Institutionen oder externe Dienstleister“, „persönliche Beratung durch den Unfallversicherungsträger“, „mehr praxisnahe Informationen (z. B. über Internet)“, „Zusammenarbeit in einem Netzwerk oder Erfahrungsaustausch mit anderen Unternehmen“, „Unterstützung durch Krankenkasse oder Betriebsarzt“ oder „Vorhandensein guter Praxisbeispiele aus der Region/Branche“. Auch hier war eine freie Ergänzung weiterer Unterstützungsfaktoren möglich. Darüber hinaus enthielt Abschnitt IV zwei offene Fragen, um qualitative Informationen zu gewinnen: Frage 17 fragte nach weiteren Maßnahmen, die der Betrieb zukünftig anbieten möchte. Hier konnten die Befragten in eigenen Worten beschreiben, welche Projekte oder Verbesserungen sie sich noch vorstellen können, um die Psychosoziale Notfallversorgung zu stärken. Frage 18 lautete: „Wer oder was könnte dabei förderlich sein?“, also welche Rahmenbedingungen, Ressourcen oder Akteure aus Sicht der Befragten hilfreich wären, um die genannten Maßnahmen (besser) umzusetzen. Diese beiden offenen Fragen zielen darauf ab, zukünftigen Handlungsbedarf und Unterstützungsangebote abzuleiten.

3.1.2.1.3.5. Abschnitt V: Zusammenarbeit und Leistungen des Unfallversicherungsträgers

Zum Abschluss des Fragebogens wurde der Blick auf die Unfallversicherungsträger selbst gerichtet, da diese gemäß SGB VII Präventionsaufgaben haben und vielfältige Leistungen (Schulungen, Beratung, Betreuung nach Unfällen etc.) anbieten (SGB VII § 193, 1996). Zunächst wurde in Frage 19 erhoben, ob das Unternehmen schon Angebote oder Informationen seiner BG/UVT in Anspruch genommen hat („ja“ oder „nein“). Frage 20 und 21 maßen die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Unfallversicherungsträger, zum einen generell, zum anderen speziell im Hinblick auf die Psychosoziale Notfallversorgung. Beide Einschätzungen wurden mittels einer Skala von 0 („überhaupt nicht zufrieden“) bis 100 („sehr zufrieden“) erfragt. Diese Skala erlaubt eine feinere Unterscheidung als klassische 5er-Likertskalen und orientiert sich am Vorgehen, Zufriedenheit als Kontinuum zwischen Erwartung und Erfahrung zu messen. Schließlich gab es mit Frage 22 eine offene Frage: „Welche (weitere) Unterstützung wünschen Sie sich von Ihrem Unfallversicherungsträger?“. Hier konnten die Teilnehmenden in eigenen Worten beschreiben, welche konkreten Leistungen, Verbesserungen oder Änderungen sie sich seitens der BG/UVT wünschen würden, etwa in Bezug auf Beratungsangebote, Informationsmaterial, finanzielle Förderungen oder Vernetzungsmöglichkeiten. Zum Abschluss der Umfrage folgte ein kurzer Feedback-Abschnitt an die Adresse des Forschungsteams. Die Frage 23 „Diese Befragung regt mich an, unsere Präventionsmaßnahmen zur psychosozialen Notfallversorgung zu überarbeiten.“ prüfte, inwiefern der Fragebogen selbst bereits als Intervention wirkte, d. h. ob die Auseinandersetzung mit den Fragen die Teilnehmenden motivierte, im eigenen Betrieb aktiv zu werden. Hierzu konnten die Befragten auf einer vierstufigen Skala von „Stimme überhaupt nicht zu“ bis „Stimme voll zu“ antworten, oder „Es ist schon gut, wie es ist“ wählen, wenn sie keinen Handlungsbedarf sahen. Zusätzlich wurde (insbesondere in der zweiten Erhebungswelle) mit Frage 24a erhoben, wie die Person auf die Umfrage aufmerksam geworden ist (z. B. „durch Einladung meiner Berufsgenossenschaft“, „über einen Fachverband“, „über Kollegen“ etc.). Dies diente dazu, den Erfolg der verschiedenen Multiplikatoren einschätzen zu können. In Frage 24b konnten die Teilnehmenden schließlich weitere Anmerkungen oder Feedback zur Befragung geben (offenes Textfeld), z. B. Hinweise auf unklare Formulierungen, fehlende Themen oder allgemeine Kommentare zum

Thema. Diese Rückmeldungen liefern der Forschungsgruppe wertvolle Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse und zu eventuellen Limitationen der Erhebung.

3.1.2.1.4. Pre-Test und Qualitätssicherung

Vor dem Feldstart wurde der Fragebogen einem gründlichen Pre-Test unterzogen, um die Qualität der Erhebung (Verständlichkeit, Validität, Zumutbarkeit) sicherzustellen. Dieses kognitive Pre-Testing erfolgte iterativ in mehreren Schritten (Lenzner et al., 2015). Zunächst überprüfte das Forschungsteam intern jeden Fragebogenpunkt auf klare Formulierung und inhaltliche Richtigkeit. Anschließend wurde der Entwurf an einen Kreis externer Experten versandt mit der Bitte um schriftliches Feedback. In diese Runde wurden insgesamt rund 15 Personen einbezogen, die unterschiedliche Perspektiven vertraten, darunter Fachkräfte für Arbeitssicherheit, betriebliche Gesundheitsmanager (BGM-Verantwortliche), Mitglieder von Unternehmensleitungen, Führungskräfte aus verschiedenen Branchen, sowie Fachleute aus der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) und Vertretende der DGUV und eines Arbeitgeberverbands. Dieser Expertenmix stellte sicher, dass sowohl fachliche Aspekte als auch die praktische Verständlichkeit und Relevanz der Fragen geprüft wurden. Den Experten wurde der Fragebogen sowohl als Word-Dokument als auch online über LimeSurvey zur Verfügung gestellt, um auch die technische Nutzererfahrung zu testen. Im Feedback sollten sie insbesondere darauf eingehen, ob die Fragen eindeutig und angemessen formuliert sind, ob wichtige Antwortmöglichkeiten fehlen, ob die Reihenfolge der Themen logisch ist und ob der Umfang der Befragung zumutbar erscheint. Nach einer schriftlichen Rückmeldephase wurden mit jedem Experten die Anmerkungen telefonisch oder persönlich durchgesprochen, um Details zu klären. Die gewonnenen Anregungen führten zu zahlreichen Anpassungen am Fragebogen: Einzelne Items wurden präziser formuliert oder vereinfacht, Fachbegriffe ggf. erläutert, die Reihenfolge mancher Fragen wurde optimiert und bei Bedarf Antwortkategorien ergänzt. Auch überprüften wir, ob irgendwo redundante Fragen gekürzt werden konnten. Besonderes Augenmerk lag darauf, Verständnisschwierigkeiten auszuräumen und sicherzustellen, dass alle Fragen im Sinne der Forschungsintention interpretiert werden. Zudem sollte die Befragungsdauer tatsächlich im geplanten Rahmen liegen, ohne dass Ermüdung eintritt. Die Experten bestätigten mehrheitlich, dass die Bearbeitungszeit von etwa 15 Minuten realistisch ist und dass das Thema als wichtig und interessant wahrgenommen wird, was für eine hohe Beteiligungsmotivation förderlich ist. Aspekte wie heuristische Effekte durch Fragefolgen oder ungewollte Suggestivwirkungen wurden ebenfalls diskutiert; hier ergaben sich keine kritischen Probleme, da die Reihenfolge dem chronologischen Ablauf (vom Allgemeinen zum Spezifischen, vom Präventiven zum Reaktiven) folgte. Insgesamt wurden durch den Pre-Test potenzielle Unklarheiten identifiziert und behoben, wodurch die Inhaltsvalidität und Reliabilität des Instruments verbessert werden konnten. In einer dritten Testrunde wurde die überarbeitete Version nochmals dem Projektbegleitkreis (u. a. weiteren PSNV-Expertinnen und Arbeitsschutz-Fachleuten) vorgestellt und diskutiert. Nach geringfügigen letzten Änderungen (z. B. Feinschliff der Sprache, Layout-Optimierungen in LimeSurvey) wurde der Fragebogen finalisiert. Die endgültige Fassung erwies sich im Probedurchlauf als gut verständlich und vollständig, und die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag bei rund 12 – 15 Minuten, somit innerhalb der Zielvorgabe. Dieses mehrstufige Pre-Test-Verfahren diente der Qualitätssicherung und stellte sicher, dass der Fragebogen verlässliche und valide Daten liefert (Lenzner et al., 2015).

3.1.2.1.5. Ethische Begutachtung und Freigabe

Das Forschungsvorhaben und der entwickelte Fragebogen wurden vor Beginn der Datenerhebung einem ethischen Prüfverfahren unterzogen. Der vollständige Studienantrag inklusive Befragungsinstrument und Datenschutzkonzept wurde der Ethik-Kommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena vorgelegt. Am 13. September 2022 erteilte die Ethik-Kommission die

Freigabe für die Durchführung der Studie, ohne Auflagen oder besondere Anmerkungen. Im Ethikantrag wurde detailliert dargelegt, wie die Freiwilligkeit der Teilnahme gewährleistet und wie der Datenschutz nach DSGVO sichergestellt wird (DSGVO, 2016). Die Teilnahme am Online-Fragebogen war komplett anonym: Es wurden keine Namen von Personen oder Firmen erhoben und Rückschlüsse auf einzelne Unternehmen sind durch die Auswertungsaggregate nicht möglich. Die Einladung zur Studie enthielt Informationen über Zweck und Ablauf der Untersuchung, die vollständige Freiwilligkeit der Teilnahme, sowie den Hinweis, dass durch das Absenden des ausgefüllten Fragebogens das Einverständnis zur Nutzung der Daten zu Forschungszwecken gegeben wird. Den Teilnehmenden wurde versichert, dass die Ergebnisse ausschließlich in aggregierter Form veröffentlicht werden. Somit waren alle ethischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt, bevor die Befragung startete.

3.1.2.1.6. Stichprobenbeschreibung

Die Grundgesamtheit der Studie umfasst alle Unternehmen in Deutschland, unabhängig von Branche und Größe. Um hieraus eine handhabbare und dennoch aussagekräftige Stichprobe zu ziehen, wurde von Anfang an eine stratifizierte Sampling-Strategie verfolgt. Konkret wurde die Stichprobe nach zwei Schlüsselkriterien geschichtet: der Betriebsgröße (beschrieben durch die Zahl der Beschäftigten) und der Branche bzw. dem zuständigen Unfallversicherungsträger (BG/UVT). Dies ermöglicht spätere Vergleiche zwischen z. B. kleinen und großen Unternehmen oder verschiedenen Branchenzweigen. Basierend auf den DGUV-Statistiken für das Jahr 2019 (DGUV, 2020) wurden zunächst die ungefähren Fallzahlen pro Schicht berechnet, die für repräsentative Aussagen erforderlich wären. Mit einer angestrebten Fehlertoleranz von 5 % und einem Konfidenzniveau von 90 % ergab sich insgesamt eine Ziel-Stichprobengröße von rund 3 800 Betrieben (Rasch et al., 2014).

$$n = \frac{z^2 \pi(1 - \pi)N}{z^2 \pi(1 - \pi) + E^2(N - 1)}$$

Als Optimal Kriterium wurden etwa 2 700 Betriebe angepeilt (entspr. 10 % Fehlerquote). Diese Kalkulation diente als Richtschnur für die Rekrutierungsbemühungen. Die tatsächliche Rekrutierung der Stichprobe erfolgte dann in zwei Phasen bzw. Erhebungswellen. In Untersuchungsreihe 1 (Welle 1) wurde ein Random Sample realisiert: Dazu wurden über den Adressdienstleister MailCom GmbH Unternehmensdaten bezogen. Der Anbieter stellte einen Datenbankauszug mit Firmenadressen zur Verfügung, der laut Selbstauskunft DSGVO-konform erhoben und Anfang 2022 aktualisiert war. Aus diesem Pool wurden alle Unternehmen mit Sitz in Deutschland und mit hinterlegter E-Mail-Adresse extrahiert (rund 768 000 Datensätze). Dieser Adressbestand wurde anschließend nach unseren Schichtungsmerkmalen aufbereitet: Die in der Datenbank angegebene Branche (WZ 2003 Code) wurde jeweils dem entsprechenden Unfallversicherungsträger zugeordnet (z. B. Branchen Baugewerbe → BG Bau usw.), wofür eine Zuordnungstabelle erstellt wurde. Zudem wurde die Mitarbeiterzahl, die dort in Kategorien (1 – 5, 6 – 10, 11 – 50, 51 – 100, 101 – 500, 501 – 1 000, 1 001 – 5 000, >10 000) vorlag, unseren Zielkategorien angepasst (0, 1 – 9, 10 – 49, 50 – 249, 250 – 499, ≥ 500). Bei diesen Zuordnungen wurde bewusst überschneidend und großzügig vorgegangen, um keine potenziellen Teilnehmer auszuschließen (im Zweifel wurden Unternehmen z. B. der höheren Größenklasse zugeordnet, falls die Datenbankangabe zwischen zwei unserer Kategorien lag). Anschließend wurde zufallsbasiert eine Teilstichprobe von Unternehmen aus jedem Stratum ausgewählt, entsprechend den anvisierten Fallzahlen. In Fällen, in denen in einem Stratum

weniger Adressen verfügbar waren als benötigt, wurden alle verfügbaren genommen. Insgesamt wurden in Welle 1 ca. 438.000 Unternehmen per E-Mail eingeladen, an der Online-Umfrage teilzunehmen. Die Kontaktaufnahme erfolgte vom 22. September bis 22. Oktober 2022. Der E-Mail-Einladung war ein individuelles Anschreiben beigelegt, das den Hintergrund der Studie erklärte, auf den Datenschutz hinwies und den Link zum Online-Fragebogen enthielt. Als Plattform für den Fragebogen wurde LimeSurvey genutzt, das u. a. die getrennte Speicherung von Kontaktdaten (E-Mail-Versand) und Umfragedaten erlaubt, um Anonymität zu gewährleisten, und technisch in der Lage ist, sehr große Teilnehmerzahlen zu handhaben. Die Resonanz in Welle 1 war, typisch für unaufgeforderte Online-Befragungen von Unternehmen, relativ niedrig. Insgesamt wurden 1 738 Fragebögen eingereicht, davon 924 vollständig beantwortet (die übrigen abgebrochen oder nur teilweise ausgefüllt). Dies entspricht einer groben Rücklaufquote von unter 1 %. Obwohl damit bereits wertvolle Daten gewonnen wurden, reichte die Fallzahl noch nicht aus, um alle geplanten Auswertungen mit der gewünschten statistischen Power durchzuführen. Zudem zeigte sich, dass bestimmte Gruppen unterrepräsentiert waren, insbesondere sehr kleine Betriebe (mit weniger als 10 Mitarbeitern) und einzelne Branchen, in denen die Rücklaufquote besonders gering war. Aus diesem Grund wurde entschieden, eine zweite Befragungsrunde mit einem anderen Rekrutierungsansatz anzuschließen. In Untersuchungsreihe 2 (Welle 2) wurde ein Cluster-Sampling bzw. Experten-Sampling umgesetzt, um gezielt weitere Teilnehmer zu gewinnen. Hierfür wurden relevante Multiplikatoren und Netzwerke angesprochen, die Zugang zu unseren Zielgruppen haben. Über einen Zeitraum von fünf Monaten (November 2022 bis März 2023) haben wir mehr als 2 000 Organisationen und Personen kontaktiert und um Verbreitung unseres Umfragelinks in ihren Kreisen gebeten. Darunter waren z. B. Berufsgenossenschaften und Unfallkassen selbst, einschlägige Fachverbände (wie der Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit, VDSI, und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, VDBW, die den Aufruf jeweils an ihre Mitglieder weiterleiteten), Arbeitgeberverbände und Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen verschiedenster Gewerke, Verbände aus dem Bereich Transport/Logistik, Bildungs- und Gesundheitswesen, aber auch Ministerien, kommunale Verwaltungen und große Unternehmen (insbesondere einige bekannte Familienunternehmen). Zusätzlich wurde der Umfragelink in Online-Foren und sozialen Netzwerken (LinkedIn, thematische Facebook-Gruppen) geteilt. Ziel dieser Strategie war es, insbesondere die in Welle 1 unterrepräsentierten Gruppen zu erreichen und insgesamt die Fallzahl zu erhöhen. Die zweite Welle lief bis zum 31. März 2023. Sie erbrachte weitere 1 635 ausgefüllte Fragebögen, davon 848 vollständig beantwortet. Erfreulicherweise haben viele Multiplikatoren dem Aufruf Folge geleistet, z. B. wurde er vom VDSI in deren Zeitschrift abgedruckt, einige BGs und Kammern haben ihn in Newslettern verteilt, und auch Mund-zu-Mund-Propaganda spielte eine Rolle. Nach Abschluss beider Erhebungsphasen wurden die Datensätze zusammengeführt und bereinigt. Von den kumuliert 3 373 eingegangenen Fällen wurden jene ausgeschlossen, welche die essenziellen Strukturfragen nach Betriebsgröße oder Unfallversicherungsträger nicht beantwortet hatten, diese beiden Angaben waren Mindestvoraussetzung für die Einordnung eines Fragebogens in die Zielstichprobe. Übrig blieb eine analysierbare Stichprobe von N = 2 388 Betrieben. Diese Stichprobe deckt ein breites Spektrum ab: Betriebsgrößen: Von Ein-Personen-Firmen bis Großkonzernen sind alle Kategorien vertreten. Der Großteil der Antworten stammt erwartungsgemäß von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU, bis 249 Beschäftigte), während etwa 10 – 15 % der validen Fälle auf Großbetriebe entfallen, was in etwa der tatsächlichen Verteilung der Unternehmen in Deutschland entspricht. Branchen: Unternehmen aus allen betreuten Wirtschaftssektoren sind in der Stichprobe enthalten, da sämtliche Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit Mitgliedsbetrieben repräsentiert sind. Durch die zweite Welle konnten mögliche Schiefagen aus der ersten Welle (z. B. ein Überhang aus dem

Bereich der öffentlichen Hand und eine Unterrepräsentation mancher gewerblicher BGs) weitgehend ausgeglichen werden. Insgesamt wird die Stichprobe als ausreichend groß und divers eingeschätzt, um die Forschungsfragen fundiert zu beantworten. Bei der Interpretation ist lediglich zu berücksichtigen, dass Kleinstbetriebe (< 10 MA) trotz aller Bemühungen weiterhin tendenziell geringer vertreten sind, ein in Befragungen übliches Phänomen, und dass besonders engagierte Unternehmen möglicherweise eher teilgenommen haben (gewisse Selbstselektion). Diese Faktoren fließen in die Diskussion der Ergebnisse ein.

3.1.2.1.7. Auswertungsverfahren und Datenanalyse

Die erhobenen Daten wurden mit geeigneten statistischen und qualitativen Verfahren ausgewertet. Zunächst erfolgte die quantitative Datenanalyse der geschlossenen Fragen. Dabei wurden mittels der Software IBM SPSS Statistics (Version 28) für alle Items deskriptive Statistiken berechnet. Insbesondere wurden Häufigkeiten und Prozentanteile für kategoriale Variablen (z. B. Anteile von Betrieben, die bestimmte Maßnahmen umgesetzt haben) und Lage- sowie Streuungsmaße für metrische Variablen (Mittelwerte, Standardabweichungen z. B. der Zufriedenheitsskala) ermittelt. Um die zentralen Fragestellungen zu beantworten, wurden die Ergebnisse darüber hinaus nach relevanten Subgruppen differenziert dargestellt, vor allem nach Betriebsgrößenklassen und nach Branche/Unfallversicherungsträger. So konnten etwa die Umsetzungsraten von Maßnahmen in kleinen vs. großen Unternehmen verglichen oder Unterschiede zwischen einzelnen Branchen sichtbar gemacht werden. Gegebenenfalls wurden hierfür statistische Signifikanztests herangezogen. Insgesamt ermöglicht die quantitative Analyse ein umfassendes Bild von Status quo und Unterschieden zwischen Unternehmenstypen. Parallel dazu wurden die qualitativen Daten (alle Freitextangaben und offenen Antworten) nach den Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015). Hierzu wurde pro offener Frage ein individuelles Kategorieschema entwickelt, um die vielfältigen Antworten in geordneter Form zusammenzufassen. Je nach Frage wurde dabei entweder deduktiv oder induktiv vorgegangen. Bei Fragen, bei denen theoretische Vorannahmen existierten oder bereits geschlossene Kategorien vorgegeben waren, erfolgte eine deduktive Kategorienbildung. Das bedeutet, es wurden zunächst Oberkategorien aus Theorie oder den Antwortvorgaben abgeleitet und die offenen Nennungen diesen entsprechend zugeordnet. Ein Beispiel ist die Frage 10.2 nach weiteren präventiven Maßnahmen im Betrieb: Hier bot es sich an, die Antworten den drei TOP-Kategorien (technisch, organisatorisch, personenbezogen) zuzuordnen, analog zur Struktur der geschlossenen Frage 10. Ähnlich wurden bei Frage 9 (weitere Versorgerpersonen) die Nennungen nach internen vs. externen Akteuren kategorisiert. Demgegenüber gab es Fragen, bei denen wenig Vorwissen zu erwarten war, etwa Frage 15 („weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung“), Frage 16 („weitere Unterstützungsfaktoren“), Frage 18 („Wer/was wäre förderlich?“) oder Frage 22 („weitere gewünschte Unterstützung durch UVT“). Hier wurde eine induktive Kategorienbildung angewandt: Die Antworten wurden sorgfältig gelesen und inhaltlich codiert, d. h. wichtige Begriffe oder Kernaussagen wurden markiert. Ähnliche Äußerungen verschiedener Teilnehmer wurden zunächst zu vorläufigen Kategorien zusammengefasst. Diese Rohkategorien wurden iterativ überarbeitet, geprüft auf Überschneidungen, präzise Benennung und ausreichende Abgrenzung voneinander, bis ein stabiles Kategoriensystem entstand, das alle Antworten abdeckte. Dieses System wurde dann final auf das gesamte Material angewandt: Jede relevante Aussage wurde einer passenden Kategorie zugeordnet. Zusätzlich wurde die Häufigkeit der Nennungen pro Kategorie ausgezählt, um einen Eindruck zu erhalten, welche Themen besonders häufig genannt wurden (eine Art semiquantitative Auswertung der qualitativen Daten). Beispielsweise ergab sich aus Frage 15 eine Rangfolge von häufig genannten Umsetzungsbarrieren wie Zeitmangel/Ressourcenknappheit, mangelndes Wissen, fehlende Priorität durch Führung etc., während aus Frage 16 als häufige Unterstützer etwa persönliche Beratung vor Ort, gute Praxisbeispiele und

netzwerkbasierter Austausch hervorgingen. Um die Reliabilität der inhaltsanalytischen Codierung zu erhöhen, wurden die Kategorien und Codierregeln im Team abgestimmt. Zwei Auswertende codierten eine Stichprobe der Antworten unabhängig, verglichen die Ergebnisse und bereinigten Uneinigkeiten durch Diskussion. Die qualitative Analyse wurde durch geeignete Software (Tabellenkalkulation und Textanalyse-Tools) unterstützt, die eine systematische Zuordnung und Auswertung erlaubte. Insgesamt liefern die offenen Antworten einen tieferen Einblick in die Gedankenwelt der Befragten und ergänzen die quantitativen Resultate um erklärende und explorative Facetten. Durch die Verknüpfung beider Analyseebenen lassen sich fundierte Schlussfolgerungen ziehen, die sowohl statistisch untermauert als auch inhaltlich nachvollziehbar sind.

3.1.2.1.8. Anreizsysteme zur Teilnahme

Um die Teilnahmebereitschaft der Betriebe an der Umfrage zu steigern, wurde ein Anreizsystem eingesetzt. Allen eingeladenen Unternehmen, sowohl in Welle 1 als auch Welle 2, wurde die Möglichkeit geboten, kostenlos an einer Online-Weiterbildung zum Thema Psychosoziale Notfallversorgung im Betrieb teilzunehmen. Dieses Weiterbildungsangebot war als Dankeschön und Mehrwert für die Teilnehmenden gedacht. Konkret handelte es sich um ein ca. zweistündiges Webinar, das vom Projektteam konzipiert und durchgeführt wurde. Inhaltlich wurden dabei die wichtigsten Aspekte der psychosozialen Notfallversorgung für Unternehmen praxisnah vermittelt: unter anderem eine Einführung in psychotraumatologische Grundlagen, typische betriebliche Notfallszenarien und deren mögliche psychische Folgen, organisatorische Voraussetzungen für eine gute Notfallvorsorge, Bausteine eines betrieblichen Betreuungskonzepts, die Rolle der Führungskräfte und des Arbeitsschutzes, sowie Informationen über Hilfsangebote der Unfallversicherungsträger. Die Veranstaltungen waren interaktiv gestaltet, die Teilnehmenden konnten Fragen stellen und Beispiele aus ihrem Betrieb einbringen. Es gab insgesamt sechs Termine, um möglichst vielen Interessierten eine Teilnahme zu ermöglichen: Drei Termine fanden im Januar/Februar 2023 (nach Abschluss der ersten Befragungswelle) zu unterschiedlichen Tageszeiten statt, weitere drei Termine im April 2023 (nach Abschluss der zweiten Welle). Die Termine und Zugangslinks wurden den Befragten am Ende des Online-Fragebogens angezeigt; zudem wurde im Einladungsschreiben auf diese Möglichkeit hingewiesen. Insgesamt nahmen 274 Personen aus den befragten Unternehmen das Angebot wahr. Die Resonanz auf die Workshops war sehr positiv, in einer am Ende durchgeführten kurzen Evaluation gaben die Teilnehmenden an, viel Nützliches für ihre Arbeit mitgenommen zu haben. Damit erfüllte der Anreiz zwei Funktionen: Zum einen sollte er die Motivation erhöhen, an der Umfrage teilzunehmen, zum anderen wurde dadurch Wissen aus dem Projekt unmittelbar zurück in die Praxis gespiegelt (Transfer). Neben dieser Weiterbildungsoption wurden den teilnehmenden Betrieben in Aussicht gestellt, dass sie auf Wunsch eine Zusammenfassung der Studienergebnisse erhalten können, sobald diese vorliegen. Dieses Angebot individueller Ergebnis-Rückmeldung (insbesondere relevant für teilnehmende Institutionen der zweiten Welle) stellt einen weiteren Anreiz dar und ermöglicht es den Betrieben, sich im Nachgang mit den gewonnenen Erkenntnissen zu vergleichen und ggf. Maßnahmen abzuleiten. Insgesamt trug das Anreizsystem dazu bei, Vertrauen und Mehrwert für die Unternehmen zu schaffen und damit die Beteiligungsquote zu erhöhen.

3.1.2.2. Studie 2: Intensivbefragung, Befragung betroffener Beschäftigter

3.1.2.2.1. Studiendesign

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, durch eine Intensivbefragung mit gemischt quantitativen und qualitativen Fragen tiefergehende Einblicke in die Erfahrungen und Bewertungen der

Betroffenen im Kontext der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen zu gewinnen. Der Fokus liegt dabei auf der Erfassung und Analyse der Wahrnehmungen und Reaktionen von Beschäftigten, die plötzlich auftretende Extremsituationen am Arbeitsplatz erlebt haben.

3.1.2.2.2. Quantitative Befragung als Untersuchungsmethode

Onlinefragebögen stellen, laut Bortz und Schuster (2010), eine zunehmend beliebte Methode in der sozialwissenschaftlichen Forschung dar, da sie eine effiziente und flexible Möglichkeit bieten, Daten von einer breit gefächerten Zielgruppe zu sammeln. Diese Form der Datenerhebung ist besonders geeignet für die Untersuchung von Themen wie der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen, wo es gilt, ein umfassendes Bild der Erfahrungen und Bewertungen einer Vielzahl von Betroffenen zu gewinnen.

3.1.2.2.3. Kognitives Debriefing zum Fragebogen

Das kognitive Debriefing zum Onlinefragebogen wurde mit einem Panel von neun Betroffenen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Industrie, Gesundheitswesen, Erziehung, Lehre u. a.) durchgeführt. Dieser Schritt ist entscheidend, um die Verständlichkeit, Relevanz und Vollständigkeit des Fragebogens zu gewährleisten, und trägt maßgeblich zur Steigerung der Validität der Studie bei. Bortz und Schuster (2010) betonen die Bedeutung der Einbeziehung von Zielgruppenmitgliedern in den Entwicklungsprozess von Erhebungsinstrumenten, um deren Angemessenheit und Effektivität sicherzustellen. Während des Debriefings wurden wertvolle Rückmeldungen zu verschiedenen Aspekten des Fragebogens gegeben, die anschließend eingearbeitet wurden.

Die Befragten hoben hervor, dass die ursprüngliche Länge des Fragebogens mit einer Bearbeitungszeit von 15 – 20 Minuten potenziell abschreckend wirken könnte, insbesondere für Führungskräfte. Zudem wurde angemerkt, dass die Datenschutzerklärung zu komplex formuliert sei und eine einfachere Darstellung wünschenswert wäre. Weiterhin wurde auf die Notwendigkeit einer konsistenten Verwendung von Einzahl oder Mehrzahl in den Formulierungen hingewiesen, um Verwirrung zu vermeiden. Einige Teilnehmende sahen in der Abfrage der Branche einen möglichen Abbruchgrund, weil diese zu komplex und unverständlich war. Es wurde auch Interesse an der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen geäußert, was zur Ergänzung entsprechender Fragen führte. Die Erklärung von spezifischen Begriffen wie „*betrieblich psychologische Erstbetreuung*“ und was es bedeutet, „*psychosozial vom Notfall betroffen*“ zu sein, wurde als notwendig erachtet. Die ursprüngliche Skalierung von 0 bis 100 wurde zugunsten einer benutzerfreundlicheren 1-bis-6-Schulnotenskala angepasst. Außerdem wurde die durchgängige Integration der Option „*Keine Angabe*“ empfohlen, um den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, Fragen nach Bedarf zu überspringen. Diese Anpassungen, basierend auf dem Debriefing, zielen darauf ab, die Verständlichkeit, Teilnahmebereitschaft und die Qualität der erhobenen Daten zu steigern, um aussagekräftige und valide Ergebnisse zu gewährleisten.

3.1.2.2.4. Entwicklung des Befragungsinstruments

Für die Erstellung des Befragungsinstruments (eines Fragebogens für Betroffene) wurde eine im Rahmen des Forschungsprojekts für die Bestandsaufnahme erstellte PSNV-U-Matrix sowie ein bestehender Fragebogen von Drexler (2018) herangezogen. Die PSNV-U-Matrix, die speziell für die Erfassung und Analyse von Daten im Kontext der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen entwickelt wurde, diente als strukturiertes Instrument zur Integration bestehender Kenntnisse und bewährter Verfahren. Dieses Instrument basiert auf dem Verlaufs-schema der DGUV aus dem Jahr 2017b, ergänzt durch literarische Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, 2017b), und bietet eine fundierte Grundlage für die systematische Erfassung relevanter Aspekte der psychosozialen Notfallversorgung. Die

Kombination mit dem Fragebogen von Drexler (2018) erlaubte es, spezifische Fragestellungen und Elemente zu integrieren, die sich bereits in der Forschung als wertvoll erwiesen haben. Dieser Ansatz ermöglichte es, ein umfassendes Bild der Erfahrungen, Bedürfnisse und Einschätzungen von Betroffenen zu zeichnen.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden folgende wesentliche Schritte und Überlegungen berücksichtigt: Zunächst wurden die Kernfragen der Untersuchung klar definiert, um den Fragebogen zielgerichtet auf die Erfassung von Informationen auszurichten, die zur Beantwortung der Forschungsfragen erforderlich sind. Auf Basis der PSNV-U-Matrix und des Fragebogens von Drexler (2018) wurde ein strukturierter Fragenkatalog entwickelt. Dieser umfasst geschlossene, halboffene und offene Fragen, die sich auf die unterschiedlichen Aspekte der psychosozialen Notfallversorgung beziehen, einschließlich der Bewertung bestehender Maßnahmen, der Erfahrungen mit betrieblichen Erstbetreuenden und der Inanspruchnahme weiterführender Unterstützungsangebote. Der Fragebogen wurde speziell auf die Bedürfnisse und Merkmale der Zielgruppe zugeschnitten. Dabei wurden demografische Faktoren sowie sprachliche und kulturelle Aspekte berücksichtigt, um die Verständlichkeit und Relevanz der Fragen für alle Teilnehmenden zu gewährleisten. Vor der finalen Anwendung des Fragebogens wurde ein Pre-Test mit einer kleinen Gruppe aus der Zielbevölkerung durchgeführt. Die Rückmeldungen aus diesem Pre-Test wurden genutzt, um den Fragebogen hinsichtlich Verständlichkeit, Länge und Struktur zu optimieren. Der Fragebogen wurde so gestaltet, dass die Fragen in einer logischen und kohärenten Reihenfolge angeordnet sind, beginnend mit allgemeineren Fragen zur psychosozialen Notfallversorgung und fortschreitend zu spezifischeren Aspekten.

3.1.2.2.5. Der Fragebogen

Der entwickelte Fragebogen zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen ist ein umfassendes Instrument, das darauf abzielt, ein detailliertes Verständnis der verschiedenen Aspekte der Notfallversorgung innerhalb des betrieblichen Kontextes zu erlangen. Der Fragebogen gliedert sich in neun Hauptbereiche, die zusammen ein breites Spektrum an Themen abdecken, von der Prävention bis zur Weiterführende Betreuung und Wiedereingliederung nach psychosozialen Notfällen und schweren Unfällen.

3.1.2.2.5.1. Teil 1: Angaben zu Ihrer Person und allgemeine Angaben zum Notfall/Unfall

Im ersten Teil des Fragebogens werden grundlegende demografische Daten sowie spezifische Informationen zum Notfall/Unfall, auf den sich die Befragten beziehen, erfasst. Ziel dieses Abschnitts ist es, die individuellen und kontextuellen Merkmale der Befragten zu verstehen und eine einheitliche Grundlage für die Analyse der Notfallsituation zu schaffen. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 1.3:** Es handelt sich um eine nominal skalierte Einfachauswahl, bei der die Befragten den spezifischen Notfall oder Unfall auswählen, auf den sie sich in den weiteren Fragen beziehen. Zur Auswahl stehen z. B.: *Arbeitsunfall mit schwerer oder tödlicher Verletzung, Wege- und Verkehrsunfall, gewaltsamer körperlicher Übergriff, verbale Gewalt, sexueller Übergriff bzw. sexuelle Gewalt, Raubüberfall, Geiselnahme, Amoklauf, Suizid oder Suizidversuch, plötzlicher Todesfall, medizinischer Notfall, Angriff durch ein Tier, Brand* sowie eine offene Kategorie „Weitere“. Diese differenzierten Antwortoptionen ermöglichen eine gezielte Analyse verschiedener Notfallarten, insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche Branchen, Präventionsmaßnahmen, Akuthilfe sowie Weiterführende Betreuung und Wiedereingliederung (DGUV, 2017b, 2015a, 2017a).
- **Frage 1.5:** In dieser Frage wird die Perspektive der Befragten auf das Ereignis erfasst. Es handelt sich um eine nominale Einfachauswahl (z. B. „selbst betroffen“,

„Augenzeuge“, „Helfender“, „nicht direkt beteiligt“, „keine Angabe“) mit der Option eines zusätzlichen Textfeldes für alternative Angaben. Sie untersucht, aus welcher Rolle heraus die Befragten den Notfall erlebt haben. Die Perspektive beeinflusst oft, wie ein Notfall wahrgenommen und verarbeitet wird, und ist daher für die Analyse der Antworten von großer Bedeutung (Drexler, 2018; Höller, 2022). Zudem fungiert Frage 1.5 als Filterfrage, die Befragte mit einer helfenden Rolle auf den Zusatzteil Z des Fragebogens verweist, um spezifische Informationen zu ihrer Tätigkeit als Helfende zu erfassen.

- **Frage 1.7:** Hier wird die Unternehmensgröße erhoben, und zwar als Pflichtfrage (wie im Forschungsantrag gefordert). Das Antwortformat basiert auf standardisierten Kategorien zur Unternehmensgröße, angepasst an bestehende Richtlinien der Europäischen Kommission, und entspricht strenggenommen einer ordinalen Skala, da die Unternehmensgrößenkategorien in einer aufsteigenden Reihenfolge mit unterschiedlichen Abständen angegeben sind. Die Kategorien umfassen *Kleinstunternehmen* (weniger als 10 Beschäftigte und ein Jahresumsatz oder eine Bilanzsumme von höchstens 2 Millionen Euro), *kleine Unternehmen* (10 – 49 Beschäftigte und ein Jahresumsatz oder eine Bilanzsumme von höchstens 10 Millionen Euro), *mittlere Unternehmen* (50 – 249 Beschäftigte und ein Jahresumsatz von höchstens 50 Millionen Euro oder eine Bilanzsumme von höchstens 43 Millionen Euro) und *Großunternehmen* für Unternehmen, die diese Kriterien überschreiten. Diese Frage erlaubt eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Unternehmensgröße und Ressourcen zur Notfallweiterführende Betreuung (DGUV, 2017b, 2017a; Eurostat, 2016).
- **Frage 1.8:** Ebenfalls als Pflichtfrage gestaltet ist die Nennung des Unfallversicherungsträgers, bei dem die Person zum Zeitpunkt des Notfalls versichert war. Das Skalenniveau ist nominal. Die Erfassung dieser Information erlaubt es, spezifische Unterschiede in der Betreuung nach Notfällen zu untersuchen (DGUV, 2017b, 2017a).

3.1.2.2.5.2. Teil 2: Vor dem Notfall/Unfall

Im zweiten Teil des Fragebogens wird detailliert erfasst, wie die Notfallvorbereitung im jeweiligen Unternehmen gestaltet war und in welchem Umfang die Befragten darüber informiert wurden. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 2.1:** Die Teilnehmenden sollen angeben, ob sie in ihrem Unternehmen generell auf mögliche Notfälle vorbereitet wurden. Das Antwortformat ist eine Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*), und das Skalenniveau entspricht der Nominalskala. Diese Frage basiert auf Vorgaben in den Regelwerken DGUV 206-017 und DGUV 306-001, die die Bedeutung präventiver Sicherheitskonzepte zur Reduzierung traumatischer Ereignisse am Arbeitsplatz betonen (DGUV, 2017b, 2015a). Die Frage ist relevant, um herauszufinden, ob im Unternehmen grundsätzliche Vorkehrungen getroffen wurden, um im Ernstfall Risiken für die Mitarbeitenden zu minimieren.
- **Frage 2.2:** Hier wird untersucht, über welche spezifischen Kenntnisse und Informationen zu Notfallmaßnahmen die Befragten vor dem Notfall verfügten. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl mit vordefinierten Optionen (z. B. Kenntnisse über Notfallpläne, Schulungen zur Ersten Hilfe, benannte Zuständigkeiten im Notfall). Das Skalenniveau ist nominal. Diese Frage zielt darauf ab, das Wissen der Befragten über relevante Maßnahmen zur Risikominderung zu evaluieren. Sie stützt sich auf DGUV-Empfehlungen, nach denen Mitarbeitende Informationen über Notfallmaßnahmen erhalten sollen (DGUV, 2017b, 2015a). Ein Bewusstsein für spezifische Maßnahmen hilft Mitarbeitenden, im Ernstfall schneller und sicherer zu reagieren.

- **Frage 2.3:** Diese Frage thematisiert, ob potenzielle körperliche oder psychische Gesundheitsschädigungen in den Notfallmaßnahmen des Unternehmens berücksichtigt wurden. Sie ist als Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*) gestaltet und besitzt ein nominales Skalenniveau. Die Frage bezieht sich auf die Bedeutung der Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken in der Prävention und folgt den Empfehlungen, wie sie in DGUV 206-018 beschrieben sind (DGUV, 2015b). Eine Notfallvorsorge, die auch psychische und körperliche Gefährdungen adressiert, kann langfristigen Gesundheitsrisiken entgegenwirken.
- **Frage 2.5:** Diese Frage erfasst die subjektive Bewertung der Vorbereitung auf den Notfall/Unfall. Die Befragten sollen auf einer Likert-Skala (z. B. „*sehr gut*“ bis „*sehr schlecht*“) mit der Zusatzoption „*Keine Angabe*“ angeben, wie gut sie sich vorbereitet fühlten. Das Skalenniveau ist ordinal. Diese Frage orientiert sich am Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), entwickelt von Tedeschi und Calhoun (1996) und weiterentwickelt von Tedeschi et al. (2017), das u. a. untersucht, inwiefern das Erlebte zu positiven Veränderungen führen kann. Die Einschätzung der Vorbereitung liefert wertvolle Hinweise auf die subjektive Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen und wird oft in der Evaluierung von Kriseninterventionskonzepten genutzt.
- **Frage 2.6:** Den Befragten wird ein offenes Textfeld geboten, um zu beschreiben, was in der Vorbereitung auf den Notfall gut gelaufen ist. Diese Frage lehnt sich an das Perceived Organizational Support (POS)-Modell von Eisenberger und Stinglhamber (2011) an, das untersucht, wie stark die Organisation als unterstützend wahrgenommen wird. Positives Feedback hilft dabei, erfolgreiche Maßnahmen zu identifizieren und als Best Practices zu nutzen.

3.1.2.2.5.3. Teil 3: Der Notfall

In Teil 3 geht es um vertiefende Informationen zu dem Notfall, den die Befragten bereits in Teil 1 beschrieben haben. Dieser Abschnitt soll dabei helfen, ein umfassenderes Bild der Umstände und Auswirkungen des Notfalls zu zeichnen. Die Fragen beziehen sich auf spezifische Details wie das Datum, die körperlichen und psychosozialen Folgen sowie eventuelle weitere Notfälle, die im Arbeits- oder privaten Kontext erlebt wurden. Ziel ist es, die Erfahrungen der Befragten differenziert zu erfassen, um die unmittelbaren und langfristigen Belastungen besser zu verstehen. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 3.1:** Die Befragten sollen das ungefähre Datum des Notfalls oder Unfalls in Form von Monat und Jahr angeben. Das Antwortformat ist eine offene Textantwort, die auf einem Verhältnisskalenniveau basiert. Diese Frage folgt den Empfehlungen des Drexler-Projekts (Drexler, 2018), das eine präzise zeitliche Erfassung von Notfallereignissen als wesentlich für die wissenschaftliche Auswertung betont. Die Angabe des Datums ist relevant, um eine zeitliche Einordnung des Notfalls vorzunehmen und mögliche Zusammenhänge mit saisonalen, arbeitsbezogenen oder anderen zeitlichen Faktoren zu analysieren, die den Ablauf und die Auswirkungen des Notfalls beeinflusst haben könnten.
- **Frage 3.2:** Hier sollen die Befragten angeben, ob sie körperliche Verletzungen durch den Notfall erlitten haben. Das Antwortformat ist eine nominale Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*). Diese Frage ist wichtig, um das körperliche Ausmaß des Ereignisses zu erfassen und geeignete medizinische sowie organisatorische Maßnahmen zur Unterstützung der Betroffenen zu evaluieren. Die Erhebung orientiert sich an den Empfehlungen der DGUV und dem Leitfaden von Drexler (DGUV, 2015a, 2015b; Drexler, 2018).

- **Frage 3.3:** Der psychosoziale Betroffenheitsgrad der Befragten wird in dieser Frage erhoben, wobei Beispiele wie ungewolltes intensives Wiedererleben oder Schlaflosigkeit genannt werden. Das Antwortformat ist eine ordinal skalierte Likert-Skala („sehr schwach“ bis „sehr stark“, einschließlich „Keine Angabe“). Diese Frage orientiert sich an Instrumenten zur Messung psychosozialer Auswirkungen, um eine differenzierte Bewertung der psychischen Belastung zu ermöglichen (Drexler, 2018; Tedeschi et al., 2017).
- **Frage 3.4:** Diese offene Frage ermöglicht es den Befragten zu beschreiben, was sie am Notfall besonders belastet hat. Das Antwortformat ist ein offenes Textfeld. Hierdurch können individuelle Stressoren identifiziert werden. Die Frage basiert auf der Annahme, dass die subjektive Wahrnehmung der Unterstützung durch das Unternehmen und die spezifischen Belastungsfaktoren wertvolle Hinweise auf Bedürfnisse liefert (Drexler, 2018; Eisenberger & Stinglhamber, 2011).
- **Frage 3.5:** Es wird gefragt, ob der Notfall im Unternehmen dokumentiert wurde. Das Antwortformat ist eine nominale Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*). Die Dokumentation solcher Ereignisse ist essenziell, um rechtliche und organisatorische Maßnahmen einzuleiten. Diese Erhebung basiert auf den Anforderungen der DGUV, die die systematische Dokumentation von Notfällen betont (DGUV, 2015b).
- **Frage 3.6:** Diese Frage erfasst, ob der Notfall an den zuständigen Unfallversicherungsträger gemeldet wurde. Das Antwortformat ist nominal (*Ja/Nein/Keine Angabe*). Die Meldung ist eine gesetzliche Anforderung, wie in der DGUV Information 206-023 beschrieben, und wesentlich für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (DGUV, 2017a).

3.1.2.2.5.4. Teil 4: Unmittelbar nach dem Notfall

In Teil 4 werden die Befragten gebeten, sich gedanklich an den Notfall zu erinnern, den sie im Arbeitskontext erlebt haben. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf ihre unmittelbaren Erfahrungen und die Maßnahmen, die sie direkt nach dem Ereignis durch ihr Unternehmen erhalten haben. Ziel ist es, die Art und Qualität der Erstmaßnahmen zu erfassen, um zu verstehen, inwieweit diese zur Weiterführende Betreuung des Notfalls beitrugen und welche Unterstützung unmittelbar nach dem Vorfall erfolgte. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 4.0:** Die Teilnehmenden sollen angeben, ob sie als helfende Person unmittelbar nach dem Notfall Unterstützung durch eine andere Person erhalten haben. Das Antwortformat ist eine Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*), und das Skalenniveau entspricht der Nominalskala. Diese Frage greift die Bedeutung einer sofortigen Unterstützung für helfende Personen auf, um deren Belastung zu mindern und die psychische Gesundheit zu fördern (Drexler, 2018; Höller, 2022). Sie erfasst, ob Unternehmen adäquate Maßnahmen zum Schutz und zur Unterstützung von Ersthelfenden bereitstellen.
- **Frage 4.1:** Hier sollen die Teilnehmenden angeben, welche spezifischen Maßnahmen das Unternehmen unmittelbar nach dem Notfall ergriffen hat. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl mit vordefinierten Optionen, darunter „Es hat sich jemand um mich gekümmert“ oder „Ich erhielt telefonische psychologische Beratung“. Das Skalenniveau ist nominal. Diese Frage orientiert sich an den Vorgaben der DGUV, die umfassenden Sofortmaßnahmen für eine schnelle Erholung und Stabilisierung der Betroffenen fordern (DGUV, 2017b, 2015a, 2015b, 2017a). Die Antworten sind wichtig, um die

Umsetzung dieser Maßnahmen zu bewerten und mögliche Lücken in der betrieblichen Unterstützung zu identifizieren.

- **Frage 4.2:** Die Teilnehmenden geben an, welche negativen Erlebnisse sie *statt* der erwarteten Maßnahmen gemacht haben. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl (nominal). Die Erfassung solcher negativen Reaktionen ist entscheidend, da sie die psychische Belastung der Betroffenen erhöhen können. Gleichgültige, vorwurfsvolle oder abwertende Reaktionen vergrößern die Not der Betroffenen und können die Weiterführende Betreuung des Erlebten erschweren (Patterson, 2011).
- **Frage 4.7:** Hier haben die Befragten die Möglichkeit zu beschreiben, was unmittelbar nach dem Notfall besser hätte laufen können. Die Frage nutzt ebenfalls ein offenes Textfeld und bezieht sich auf das POS-Modell, um Schwächen und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Die Erkenntnisse aus diesen Antworten können für gezielte Optimierungen der betrieblichen Notfallmaßnahmen verwendet werden (Eisenberger & Stinglhamber, 2011).

3.1.2.2.5.5. Teil 5: Tage bis Wochen nach dem Notfall/Unfall

In Teil 5 berichten die Befragten über die Unterstützung und Betreuung, die sie in den Tagen und Wochen nach dem Notfall/Unfall erhalten haben. Dieser Abschnitt dient dazu, den Umfang und die Qualität der weiterführenden Maßnahmen zu evaluieren, die zur Stabilisierung und Erholung der Betroffenen beitrugen. Die gesammelten Informationen helfen, Lücken in der Weiterführende Betreuung zu identifizieren und die langfristige psychosoziale Versorgung zu verbessern. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 5.1:** Die Teilnehmenden sollen angeben, ob sie in den Tagen bis Wochen nach dem Ereignis psychosoziale Unterstützung oder Weiterversorgung in Anspruch genommen haben. Das Antwortformat ist eine Einfachauswahl mit Optionen (*Ja, die Anzahl war genau richtig / Nein, zu wenige / Nein, zu viele / Keine Angabe*), das Skalenniveau ist ordinal. Diese Frage basiert auf den Prinzipien des psychosozialen Supports, der auf eine bedarfsgerechte und ausreichende Betreuung abzielt. Sie ist entscheidend, um zu bewerten, ob die Betroffenen sich angemessen unterstützt fühlten und um ggf. Anpassungen in der Versorgung vorzunehmen (DGUV, 2017a).

3.1.2.2.5.6. Teil 6: Rehabilitation in den Wochen und Monaten nach dem Notfall/Unfall (Unfallversicherungsträger)

In Teil 6 berichten die Befragten über die Unterstützungsmaßnahmen und Leistungen, die sie in den Wochen bis Monaten nach dem Notfall/Unfall durch ihren Unfallversicherungsträger erhalten haben. Der Fokus liegt auf der Effektivität und dem Umfang dieser Maßnahmen, um Erkenntnisse über die Qualität der Rehabilitation und mögliche Optimierungspotenziale zu gewinnen.

- **Frage 6.2:** In einem offenen Textfeld können Teilnehmende angeben, ob sie psychosoziale Unterstützung in der Rehabilitation außerhalb des Unfallversicherungsträgers erhalten haben und welche. Diese qualitative Erhebung ist wichtig, um zusätzliche Unterstützungsquellen (etwa private oder andere öffentliche Angebote) zu identifizieren und deren Rolle in der Genesung der Betroffenen zu verstehen (Höller, 2022).
- **Frage 6.3:** Hier wird erfragt, wie lange die Befragten in psychotherapeutischer Behandlung waren oder sind. Die Antwort wird in Zahlen (Jahre, Monate, Wochen) angegeben; das Skalenniveau entspricht einer Verhältnisskala. Diese Frage ist relevant, um den Umfang der therapeutischen Begleitung zu erfassen und mögliche Zusammenhänge zwischen Behandlungsdauer und Genesung zu analysieren (Drexler, 2018).

- **Frage 6.4:** Die Befragten sollen angeben, ob sie sich weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Das Antwortformat ist eine Einfachauswahl (*Ja / Nein, die Behandlung ist abgeschlossen / Nein, ich habe die Behandlung abgebrochen / Keine Angabe*), das Skalenniveau ist nominal. Diese Frage ermöglicht es, die Kontinuität der Unterstützung zu bewerten und den Einfluss fortlaufender Therapie auf die Genesung zu untersuchen (DGUV, 2018).

3.1.2.2.5.7. Teil 7: Wiedereingliederung in das Unternehmen

Teil 7 untersucht, wie der Prozess der Wiedereingliederung in das Unternehmen nach dem erlebten Notfall gestaltet wurde. Der Fokus liegt darauf, die Maßnahmen und die Qualität der Unterstützung zu bewerten, die den Betroffenen bei der strukturierten Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit geholfen haben. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage 7.3:** Hier sollen die Teilnehmenden angeben, welche spezifische Unterstützung sie während der Wiedereingliederung erhalten haben. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl mit Optionen wie *„Unterstützung bei Versetzung innerhalb des Unternehmens“* oder *„Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen“*, das Skalenniveau ist nominal. Diese Frage orientiert sich an Standards für betriebliche Eingliederungsmaßnahmen, die eine erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsalltag fördern. Die Antworten zeigen auf, welche Unterstützungsmaßnahmen als hilfreich wahrgenommen wurden und welche ggf. verbessert werden müssen (DGUV, 2017b, 2015a; Drexler, 2018).

3.1.2.2.5.8. Teil Z: „Sich kümmernde Person“

Teil Z des Fragebogens richtet sich an die Befragten, die in der Rolle einer sich kümmernden Person tätig waren (z. B. betriebliche Erstbetreuende oder Ersthelfer). Dieser Teil wird über die Filterfrage 1.5 gesteuert und nur den Befragten angezeigt, die dort angegeben haben, einer betroffenen Person oder einem Augenzeugen geholfen zu haben. In Teil Z geht es um die Maßnahmen und Erfahrungen dieser Betreuungspersonen, die Herausforderungen, denen sie begegneten, und die Unterstützung, die sie vom Unternehmen erhalten haben. Zudem wird erfragt, ob sie eine Schulung oder Ausbildung absolviert haben und wie diese sie auf die Betreuung vorbereitet hat. Beispiele für diesen Abschnitt sind:

- **Frage Z.01:** Die Teilnehmenden sollen angeben, welche Maßnahmen zur psychosozialen Notfallversorgung sie durchgeführt haben, einschließlich der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse der Betroffenen und des Schutzes der betroffenen Person vor negativen Einflüssen. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl (nominal). Diese Frage ist entscheidend, um zu erfassen, wie sich die Betreuungspersonen in der akuten Phase des Notfalls verhalten haben. Sie basiert auf Empfehlungen zur psychosozialen Akuthilfe, die eine bedarfsgerechte Unterstützung der Betroffenen sicherstellen (DGUV, 2017a; Drexler, 2018).
- **Frage Z.02:** In einem offenen Textfeld wird die Frage gestellt, wie die Betreuungsperson die durchgeführte psychosoziale Erstbetreuung empfunden hat und warum. Diese qualitative Erhebung ermöglicht ein tieferes Verständnis der individuellen Erfahrungen und bietet Einblicke in die Selbstwahrnehmung der helfenden Person (Tedeschi et al., 2017).
- **Frage Z.03:** Die Teilnehmenden werden gebeten, die Herausforderungen zu benennen, denen sie während ihres Einsatzes begegnet sind (offenes Textfeld). Die Erfassung dieser Informationen ist wichtig, um mögliche Barrieren oder Stressoren zu identifizieren, die die Betreuung erschwert haben (Eisenberger & Stinglhamber, 2011).

- **Frage Z.04:** Es wird gefragt, ob die Teilnehmenden an einer Schulung oder Ausbildung für die Rolle als Betreuungsperson teilgenommen haben, und wenn ja, an welcher. Das Antwortformat ist eine Mehrfachauswahl mit Optionen wie „*Betrieblich psychologischer Erstbetreuer (bpE)*“ oder „*Critical Incident Stress Management (CISM)*“, das Skalenniveau ist nominal. Die Teilnahme an Schulungen ist ein zentraler Aspekt der Vorbereitung auf die Betreuung von Betroffenen und beeinflusst die Qualität der Unterstützung maßgeblich. Diese Frage orientiert sich an den Prinzipien der Notfallpsychologie und Stressweiterführende Betreuung (DGUV, 2017a; Drexler, 2018).
- **Frage Z.05:** In einem offenen Textfeld sollen die Befragten beschreiben, wie die absolvierte Schulung/Ausbildung sie auf die Betreuungssituation vorbereitet hat. Diese Frage ist wichtig, um die Effektivität der Schulungsinhalte zu bewerten und mögliche Lücken oder Verbesserungspotenziale zu identifizieren (Tedeschi et al., 2017).
- **Frage Z.06:** Die Teilnehmenden werden gebeten, die Belastung durch die Betreuung auf einer ordinalen Skala einzuschätzen (z. B. „*gar nicht belastend*“ bis „*überfordernd*“). Diese Frage basiert auf Erkenntnissen über die psychischen Belastungen, die mit der Betreuung von Notfällen einhergehen können, und hilft, den Unterstützungsbedarf der Helfenden zu ermitteln (DGUV, 2017a; Tedeschi et al., 2017).

3.1.2.2.5.9. Teil 8: Abschließende Fragen

In Teil 8 des Fragebogens ziehen die Befragten ein Fazit zu ihren gesamten Erfahrungen mit dem Notfall oder Unfall. Dieser Abschnitt erfasst abschließend die wahrgenommenen Veränderungen, Unterstützungen und Einstellungen der Befragten und bietet Raum für eine persönliche Reflexion.

- **Frage 8.1:** In einem offenen Textfeld beschreiben die Teilnehmenden, was für sie persönlich die größte Unterstützung war, um mit dem Ereignis umzugehen. Diese qualitative Frage ermöglicht es, individuelle Unterstützungsquellen und besonders wertvolle Maßnahmen zu identifizieren. Sie ist relevant, um Best Practices der psychosozialen Unterstützung aus Sicht der Betroffenen zu ermitteln (Tedeschi et al., 2017).
- **Frage 8.2a:** Es wird untersucht, ob das Ereignis weitreichende Veränderungen im Leben oder der Gesundheit der Befragten bewirkt hat. Das Antwortformat ist eine Einfachauswahl (*Ja/Nein/Keine Angabe*), Skalenniveau nominal. Diese Frage basiert auf dem Konzept der Resilienzforschung, das betrachtet, wie Menschen mit Veränderungen und Belastungen umgehen. Veränderungen im Gesundheitszustand oder Lebenswandel können wichtige Hinweise darauf geben, welche langfristigen Folgen das Ereignis hatte (Drexler, 2018).
- **Frage 8.3:** Die Teilnehmenden sollen angeben, wie sie sich nach dem Ausfüllen des Fragebogens fühlen. Das Antwortformat ist eine ordinale Skala (z. B. „*sehr gut*“ bis „*sehr schlecht*“) mit der Option „*Keine Angabe*“. Diese Frage ermöglicht eine Reflexion über die emotionale Beanspruchung durch den Fragebogen und gibt Hinweise darauf, wie belastend die Auseinandersetzung mit dem Erlebten für die Teilnehmenden war (Tedeschi et al., 2017).
- **Frage 8.4:** Abschließend bietet ein offenes Textfeld Raum für weitere Anmerkungen der Befragten. Hier können sie Aspekte äußern, die in den vorangegangenen Fragen nicht abgedeckt wurden. Diese abschließenden Anmerkungen liefern wertvolle Hinweise für die Gestaltung zukünftiger psychosozialer Unterstützungsangebote.

Zum Abschluss des Fragebogens bedankt sich das Forschungsteam für die Teilnahme und verweist auf zusätzliche Hilfsangebote für den Fall, dass die Auseinandersetzung mit den

Fragen emotional belastend war. Informationen zur Telefonseelsorge und zum Hilfetelefon werden bereitgestellt, um den Teilnehmenden bei Bedarf unmittelbare Unterstützung anzubieten. Dieser Hinweis auf weiterführende Hilfeangebote unterstreicht das Anliegen, die mentale Gesundheit der Befragten auch nach Abschluss der Befragung zu schützen (DGUV, 2017b, 2017a).

3.1.2.2.6. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe dieser Untersuchung umfasst Betroffene von Notfällen im Arbeitskontext, darunter direkt betroffene Beschäftigte, Erstbetreuende (Helfende), Augenzeuginnen sowie Personen, die nicht direkt beteiligt waren, aber mit den Ereignissen im Unternehmen in Berührung gekommen sind. Die Teilnehmenden wurden über eine breite Rekrutierungsstrategie gewonnen, die Unternehmen, Verbände und soziale Netzwerke einbezieht. Ziel war es, eine möglichst diverse Gruppe von Betroffenen einzuschließen, die verschiedene Unfallversicherungsträger, Unternehmensgrößen und unterschiedliche Rollen bei Notfällen repräsentiert. Dieser Ansatz soll sicherstellen, dass sowohl spezifische Bedürfnisse einzelner Zielgruppen als auch übergreifende Tendenzen erfasst werden. So können wir ein umfassendes Verständnis der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen entwickeln (DGUV, 2017b; Drexler, 2018; Höller, 2022).

3.1.2.2.7. Datenschutz

Der Datenschutz in dieser Befragung wird streng nach den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gewährleistet. Alle personenbezogenen Daten der Teilnehmenden werden anonymisiert verarbeitet, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Personen möglich sind. Die Teilnahme an der Befragung erfolgt freiwillig, und die Teilnehmenden haben jederzeit das Recht, ihre Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten zu widerrufen. Zur zusätzlichen Absicherung wird darauf geachtet, dass die Daten ausschließlich auf gesicherten Servern gespeichert werden. Der Zugang zu den Daten ist auf das Forschungsteam beschränkt und wird durch technische und organisatorische Maßnahmen geschützt. Darüber hinaus werden alle Teilnehmenden umfassend über die Art der Datenerhebung, den Zweck der Studie und ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes informiert. Diese Maßnahmen stellen sicher, dass die Privatsphäre der Teilnehmenden respektiert und ihre Daten sicher verwahrt werden (BDSG, 2017; DSGVO, 2016).

3.1.2.2.8. Einreichung des Fragebogens bei der Ethikkommission

Am 22. Januar 2024 wurde der Fragebogen gemeinsam mit der Datenschutzerklärung und dem Anschreiben zur Prüfung bei der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena eingereicht. Die Datenschutzerklärung wurde unter Einbezug eines Fachanwalts für Datenschutz entwickelt, um die Anforderungen der DSGVO zu erfüllen. Bereits am 23. Januar 2024 erteilte die Ethikkommission die Freigabe ohne Auflagen.

3.1.2.2.9. Datenaufbereitung und -auswertung

Die Datenaufbereitung und -auswertung folgt einem streng wissenschaftlichen und methodisch fundierten Vorgehen, das den Anforderungen einer umfassenden Untersuchung der erhobenen Daten gerecht wird. Dabei werden qualitative und quantitative Analysemethoden kombiniert, um die verschiedenen Fragestellungen adäquat zu beantworten.

Für die qualitativen Daten (offene und halboffene Fragen) wird eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung eingesetzt. Bei halboffenen Fragen werden die Antworten zunächst bestehenden Kategorien zugeordnet. Treten neue Aspekte auf, erfolgt eine induktive Erweiterung des Kategoriensystems, um sicherzustellen, dass alle relevanten Inhalte erfasst werden. Offene Fragen werden inhaltlich strukturiert und mithilfe der Software MAXQDA codiert, um eine systematische semantische Analyse der qualitativen Daten zu

ermöglichen. Dieses Vorgehen erlaubt eine präzise Erfassung und Strukturierung der Antworten und gewährleistet die inhaltliche Tiefe der Analyse (Döring, 2023; Mayring, 2015).

Die geschlossenen Fragen sowie die quantifizierbaren Daten aus den offenen Antworten werden mit der Statistiksoftware SPSS ausgewertet. Die Analyse beginnt mit deskriptiven Statistiken, um zentrale Tendenzen (Mittelwerte, Median, Modus) und Streuungen sowie die Verteilungen der Antworten zu untersuchen. Zur Überprüfung von Zusammenhängen und Unterschieden zwischen Gruppen werden Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests verwendet. In Fällen, in denen die Voraussetzungen für Chi-Quadrat-Tests nicht erfüllt sind (z. B. bei zu kleinen erwarteten Häufigkeiten), wird der exakte Test nach Fisher herangezogen. Zur Analyse von Mittelwertunterschieden kommen t-Tests (bei zwei Gruppen) und einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) (bei mehr als zwei Gruppen) zum Einsatz, um signifikante Differenzen zwischen Gruppen zu identifizieren und die statistische Bedeutsamkeit dieser Unterschiede zu prüfen (Döring, 2023; Field, 2013).

Ergänzend hierzu werden Korrelationen und Regressionsanalysen durchgeführt, um die Beziehungen zwischen Variablen auf verschiedenen Skalenniveaus zu untersuchen. Die Pearson-Korrelation wird zur Analyse linearer Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Variablen verwendet, während die Spearman-Rangkorrelation für ordinalskalierte oder nicht-normalverteilte Daten zum Einsatz kommt. Die Regressionsanalysen dienen dazu, den Einfluss mehrerer Prädiktorvariablen auf eine Zielvariable zu quantifizieren und signifikante Prädiktoren zu identifizieren, um kausale Zusammenhänge innerhalb des Datensatzes differenziert zu betrachten (Cohen et al., 2013; Döring, 2023).

Die geplante Methodik kombiniert somit qualitative und quantitative Analysetechniken, um eine fundierte und umfassende Datenauswertung zu gewährleisten. Dieses methodische Vorgehen soll sowohl inhaltliche Tiefe als auch statistische Aussagekraft sicherstellen, um die Forschungsfragen mit wissenschaftlicher Sorgfalt zu beantworten. Die Kombination aus qualitativer Inhaltsanalyse und quantitativen Verfahren erlaubt eine multidimensionale Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes. Zur Kontrolle der Alpha-Fehler-Kumulierung bei multiplen statistischen Tests ist die Anwendung der Bonferroni-Korrektur vorgesehen. Dadurch wird das Signifikanzniveau angepasst, um das Risiko von Zufallsbefunden zu minimieren und die Aussagekraft signifikanter Ergebnisse zu erhöhen.

3.1.2.2.10. Categoriesystem der offenen Fragen

Das entwickelte Categoriesystem zur Auswertung der offenen Fragen basiert überwiegend auf einem deduktiven Vorgehen, orientiert an theoretischen Grundlagen und praktischen Leitlinien. Erste induktiv aus dem Datenmaterial gewonnene Kategorien wurden im Rahmen der bisherigen Auswertung ergänzt, um eine bessere Übersichtlichkeit und Systematisierung der vielfältigen Aussagen der Befragten zu ermöglichen. Die hierarchische Gliederung in Haupt- und Unterkategorien dient der transparenten Darstellung und erleichtert die inhaltliche Einordnung.

3.1.2.2.11. Gütekriterien in der qualitativen Forschung

In der qualitativen Forschung, die für die offenen Fragen dieser Befragung angewandt wird, spielen Gütekriterien eine entscheidende Rolle, um die wissenschaftliche Qualität der Ergebnisse sicherzustellen. Misoch (2019) betont, dass qualitative Studien darauf abzielen, ein tiefgehendes Verständnis der subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmenden zu erlangen. Um die Vertrauenswürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen, ist daher eine detaillierte Dokumentation des Analyseprozesses notwendig. Dies umfasst die transparente Beschreibung des methodischen Vorgehens, die Offenlegung des theoretischen

Vorverständnisses der Forschenden sowie eine systematische und nachvollziehbare Auswertung der Daten (Misoch, 2019).

Ein zentrales Gütekriterium ist die Interrater-Reliabilität bei der Kategoriezuordnung. Diese stellt sicher, dass die Codierung der Daten durch verschiedene Rater (Auswerter) konsistent erfolgt. Mayring (2015) betont, dass eine hohe Interrater-Reliabilität auf eine objektive und zuverlässige Analyse hindeutet. In der Praxis wurde dies dadurch angestrebt, dass mehrere Forschende zunächst unabhängig einen Teil der Daten kodiert haben und die Übereinstimmungen der Zuordnungen geprüft wurden. Die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Codierern kann beispielsweise durch Cohens Kappa quantifiziert werden, das über den reinen Zufall hinausgehende Übereinstimmungen misst (Landis & Koch, 1977; Mayring, 2015).

Weitere Gütekriterien wie Validität (Gültigkeit der Interpretation), Reflexivität (ständige Selbstreflexion der Forschenden über ihre Einflussnahme) und kommunikative Validierung (Rückkopplung der Ergebnisse mit ausgewählten Teilnehmenden oder Expertinnen) wurden ebenfalls berücksichtigt, um die Qualität der qualitativen Analyse zu untermauern (Misoch, 2019).

3.1.2.2.12. Gütekriterien für die quantitative Forschung

Die quantitativen Elemente der Befragung erfordern die Anwendung klassischer Gütekriterien, Objektivität, Reliabilität und Validität, um die Präzision und Generalisierbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Objektivität wurde durch standardisierte Verfahren bei der Datenerhebung und -auswertung gewahrt: Alle Teilnehmenden erhielten den gleichen Fragebogen mit denselben Instruktionen, und die Datenauswertung erfolgte softwaregestützt nach festgelegten Regeln, sodass die Ergebnisse unabhängig von der auswertenden Person sind. Um die Qualität der quantitativen Messinstrumente weiter zu steigern, wurde, wie oben beschrieben, vorab ein Pre-Test mit acht Personen aus unterschiedlichen Branchen durchgeführt (Bildung, Schiffs- und Bootsbaubranche, Automobilindustrie, Gesundheits- und Sozialwesen, Einzelhandel, Energieversorgung). Diese Teilnehmenden hatten unterschiedliche berufliche Hintergründe und Erfahrungen, was sicherstellt, dass die Fragen allgemein verständlich und praxisnah formuliert sind. Die Ergebnisse der Pre-Tests wurden genutzt, um die Formulierung der Fragen zu optimieren. So konnten noch vor dem Start der Haupterhebung potenzielle Probleme erkannt und behoben werden.

3.1.3. Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen im Überblick:

- Unternehmen berücksichtigen vor allem klassische Notfallarten (z. B. Unfälle, medizinische Notfälle), während seltene, aber psychisch belastende Ereignisse wie sexuelle Übergriffe oder Amokläufe kaum Eingang in Gefährdungsbeurteilungen finden.
- Psychische Gesundheitsgefährdungen werden wesentlich seltener dokumentiert und gemeldet als körperliche Verletzungen.
- Betroffene berichten häufig von unzureichender Vorbereitung, lückenhafter Dokumentation und fehlender psychosozialer Nachbetreuung.
- Frauen erleben überdurchschnittlich oft fehlende Betreuung und negative Reaktionen, was mit der Art der erlebten Notfälle (wenig reglementiert, selten dokumentiert, primär psychisch belastend) zusammenhängt.

Vor dem Hintergrund dieser zentralen Ergebnisse werden im Folgenden zunächst die wesentlichen Merkmale der Stichprobe sowie die biografischen Eckdaten und Notfallarten vorgestellt.

Anschließend folgt eine differenzierte Darstellung der Perspektiven hinsichtlich der zwei Forschungsfragen.

3.1.3.1. Studie 1: Screening, Betriebsbefragung

Im Rahmen des Screenings konnten insgesamt 2 388 vollständige Datensätze von Unternehmen unterschiedlicher Größe, Branche und Unfallversicherungsträger in die Auswertung einbezogen werden. Die Teilnahme erfolgte bundesweit, wobei die Einladungen so gestreut wurden, dass eine größtmögliche Repräsentativität hinsichtlich Unternehmensgröße, Branchenzugehörigkeit und UVT erreicht werden konnte. Die finale Stichprobe bildet zentrale Strukturen der betrieblichen Landschaft in Deutschland differenziert ab.

Die angestrebte Mindeststichprobengröße wurde insgesamt zu 80 % erreicht (Tabelle 1). Die Verteilung auf Unfallversicherungsträger und Betriebsgrößenklassen war dabei nicht gleichmäßig. Unternehmen mit mehr als 250 Beschäftigten waren überproportional vertreten (107 % der Sollgröße), während kleinere Betriebe unterrepräsentiert waren, insbesondere bei einzelnen Trägern wie BG Verkehr oder BGN. Dennoch erlaubt die breite Streuung der Daten eine differenzierte Analyse nach Betriebsgröße und UVT.

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe im Vergleich zur angestrebten Stichprobengröße

Unfallversicherungsträger	Betriebe mit 0 bis 9 Beschäftigten			Betriebe mit 10 bis 49 Beschäftigten			Betriebe mit 50 bis 249 Beschäftigten			Betriebe mit mehr als 250 Beschäftigten			Gesamtanzahl der Betriebe		
	Ist	Soll	Prozent	Ist	Soll	Prozent	Ist	Soll	Prozent	Ist	Soll	Prozent	Ist	Soll	Prozent
BG RCI	11	68	16%	9	68	13%	39	67	58%	93	64	145%	152	267	57%
BGHM	51	69	74%	57	68	84%	37	68	54%	91	67	136%	236	272	87%
BG ETEM	40	69	58%	55	68	81%	46	68	68%	91	66	138%	232	271	86%
BG BAU	45	69	65%	41	68	60%	17	68	25%	19	61	31%	122	266	46%
BGN	31	69	45%	30	68	44%	22	68	32%	12	64	19%	95	269	35%
BGHW	32	69	46%	30	68	44%	23	68	34%	21	67	31%	106	272	39%
BG-Verkehr	9	69	13%	12	68	18%	14	67	21%	23	61	38%	58	265	22%
VBG	159	69	230%	114	68	168%	75	68	110%	79	67	118%	427	272	157%
BGW	146	69	212%	98	68	144%	74	68	109%	63	67	94%	381	272	140%
Unfallkassen der Bundesländer und Gemeinden		68	13%	52	68	76%	67	68	99%	216	67	322%	344	271	127%
Gesamt	533	688	77%	498	680	73%	414	678	61%	708	651	107%	2153	2697	80%

Bezogen auf die Branchenzugehörigkeit wurde das „Verarbeitende Gewerbe und die Herstellung von Waren“ mit 18,4 % (439 Betriebe) am häufigsten genannt, gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen mit 17,4 % (415), der öffentlichen Verwaltung einschließlich Sozialversicherung (10,3 %; 247) und diversen Dienstleistungsbereichen. Weitere relevante Branchen waren das Baugewerbe (6,8 %; 163) sowie Erziehung und Unterricht (6,8 %; 163). Seltener vertreten waren Unternehmen aus den Bereichen Land- und Forstwirtschaft, Energieversorgung, Handel, Verkehr, Gastronomie und Informationstechnologie.

Die Verteilung nach Unfallversicherungsträger zeigt, dass die meisten teilnehmenden Betriebe bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG; 17,9 %; 427 Betriebe), der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW; 16,0 %; 381) sowie den Unfallkassen der Bundesländer und Gemeinden (14,4 %; 344) versichert waren. Ebenfalls größere

Gruppen bildeten die BG Holz und Metall (BGHM; 9,9 %; 236), die BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM; 9,7 %; 232) und die BG Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI; 6,4 %; 152). Weitere Berufsgenossenschaften waren weniger stark vertreten, wie etwa BG Bau (5,1 %), BGN (4,0 %), BGHW (4,4 %), BG Verkehr (2,4 %) oder die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (2,1 %).

Die regionale Verteilung der Unternehmen in der Stichprobe bildet die tatsächliche Unternehmenslandschaft in Deutschland weitgehend ab: Die meisten Betriebe kamen aus Nordrhein-Westfalen (494; 20,7 %), Bayern (392; 16,4 %) und Baden-Württemberg (309; 12,9 %). Es folgten Niedersachsen (226; 9,5 %), Hessen (190; 8,0 %) und Sachsen (113; 4,7 %). In Thüringen (97; 4,1 %) waren im Verhältnis zur Gesamtverteilung bundesweit etwas mehr Unternehmen vertreten, was auf den Studienstandort zurückzuführen ist. Die geringsten Fallzahlen wiesen Bremen, das Saarland, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg auf.

Bezüglich der Funktionen der ausfüllenden Personen dominieren Unternehmerinnen und Unternehmer (804; 33,7 %) sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit (576; 24,1 %). Weitere relevante Gruppen waren Führungskräfte oder Teamleitungen mit Personalverantwortung (213; 8,9 %), verantwortliche Mitarbeitende für Arbeitsschutzfragen (202; 8,5 %), Betriebsärztinnen und -ärzte (184; 7,7 %) und Beschäftigte im Personal- oder HR-Bereich (124; 5,2 %). Psychologinnen und Psychologen sowie spezifische PSNV-Notfallfachpersonen stellten zusammen weniger als 2,5 % der Teilnehmenden.

Insgesamt deckt die Stichprobe die relevante betriebliche Struktur in Deutschland differenziert ab. Auffällig ist eine leichte Überrepräsentation von Großunternehmen und bestimmten Unfallversicherungsträgern (z. B. VBG und BGW), während Kleinbetriebe sowie einzelne Branchen und Berufsgenossenschaften (insbesondere BG Verkehr und BGN) unterrepräsentiert sind. Die Branchen- und Regionalverteilung entspricht jedoch weitgehend der tatsächlichen wirtschaftlichen Verteilung, sodass belastbare und generalisierbare Aussagen zur psychosozialen Notfallversorgung im Unternehmenskontext möglich sind.

3.1.3.2. Studie 2: Intensivbefragung, Betroffenenbefragung

Im Rahmen der Intensivbefragung zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen wurden nach Datenbereinigung insgesamt 199 Teilnehmende ausgewertet, von denen 148 Personen den Fragebogen vollständig abschlossen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug $M = 17,33$ Minuten. Die Verteilung der Teilnahmen zeigte zwei deutliche Peaks, jeweils Ende Januar und Februar 2024, gefolgt von einer konstant niedrigen Teilnahme bis April. Die Interrater-Reliabilität der offenen Kategorien lag bei Cohen's Kappa = 0,94, was eine sehr hohe Übereinstimmung und damit methodisch belastbare qualitative Auswertung belegt.

Die Teilnehmenden waren durchschnittlich $M = 46,9$ Jahre alt ($SD = 11,43$). Am häufigsten gehörten sie der mittleren Altersgruppe (30 – 49 Jahre, 45,4 %) oder der Gruppe der älteren Berufstätigen (50 – 64 Jahre, 43,0 %) an. Jüngere Berufseinsteigerinnen oder -einsteiger (18 – 29 Jahre) machten einen Anteil von 6,3 % aus. Hinsichtlich des Geschlechts identifizierten sich 52,2 % als weiblich, 44,0 % als männlich und 0,5 % als divers.

Bezogen auf die Notfallarten, die als Anlass für die Befragung dienten, standen Wege- und Verkehrsunfälle (23,5 %) und medizinische Notfälle (16,0 %) im Vordergrund, gefolgt von Arbeitsunfällen mit schweren oder tödlichen Verletzungen (11,0 %), gewaltsamen Übergriffen und verbaler Gewalt (jeweils 9,5 %) sowie plötzlichen Todesfällen (9,0 %) und Suizid(-versuchen) (8,5 %). Seltener wurden sexuelle Übergriffe (4,0 %), Raubüberfälle und Amokläufe (2,0 %), Angriffe durch Tiere oder Brände genannt.

Die Branchenherkunft der gemeldeten Notfälle wurde am häufigsten für den Bereich „Verkehr und Lagerei“ berichtet (27,4 %), gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen (26,0 %) und dem Baugewerbe (12,3 %). Weitere relevante Sektoren waren Erziehung und Unterricht, öffentliche Verwaltung, verschiedene Dienstleistungsbereiche und Handel.

In Bezug auf die Rolle beim Notfall berichteten 40,3 %, selbst direkt betroffen gewesen zu sein. 31,3 % waren Helfende, 18,4 % waren nicht direkt beteiligt, und 6,5 % nahmen die Rolle von Augenzeuginnen oder Augenzeugen ein. Etwa 19 % der Befragten waren zum Zeitpunkt des Notfalls als medizinische Ersthelfende tätig, 8,6 % als psychologische Erstbetreuende. Die Mehrheit der Befragten waren Beschäftigte (70,2 %), gefolgt von Kolleginnen und Kollegen betroffener Personen (15,2 %), Fachkräften für Arbeitssicherheit (9,1 %) und Führungskräften (8,6 %).

Die Unternehmensgröße, in der die Notfälle auftraten, wies eine deutliche Überrepräsentation großer Unternehmen auf. 40,1 % der Befragten arbeiteten in Unternehmen mit 500 oder mehr Beschäftigten. Die übrigen Größenklassen (10 – 49 und 50 – 249 Beschäftigte) waren mit 16,4 bzw. 15,0 % deutlich schwächer vertreten, Kleinstbetriebe machten lediglich 1,9 % aus.

Bezüglich der Unfallversicherungsträger wusste ein Fünftel der Befragten (21,7 %) nicht, wo sie versichert waren, dies war die häufigste Kategorie. 19,3 % waren bei der BGW (Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) versichert, 15,5 % bei Unfallkassen der Bundesländer und Gemeinden, 14,0 % bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG). Die weiteren Unfallversicherungsträger (BG BAU, BGN, BG Verkehr, BG ETEM, BGHM, BGHW, SVLFG, BG RCI, Unfallversicherung Bund und Bahn) wurden jeweils von unter 4 % der Befragten genannt.

Die regionale Verteilung der Teilnehmenden spiegelte die Arbeitsbevölkerung Deutschlands nicht vollständig wider. Berlin war mit 30 Befragten gemessen an der Beschäftigtenzahl deutlich überrepräsentiert, während Bayern (20 Befragte bei 7,6 Millionen Arbeitnehmenden) und kleine Bundesländer wie Bremen und das Saarland unterrepräsentiert waren. Nordrhein-Westfalen (34 Befragte), Baden-Württemberg (24) und Niedersachsen (19) zeigten ein gutes Verhältnis zur regionalen Beschäftigtenzahl.

Die Stichprobe der Intensivbefragung ist methodisch solide und qualitativ hoch abgesichert, insbesondere durch eine sehr hohe Interrater-Reliabilität. Im Sample sind ältere und mittlere Erwerbstätige sowie große Unternehmen überproportional vertreten. Die große Heterogenität hinsichtlich Rolle, Branche und Versicherungsträger ermöglicht eine differenzierte Analyse der psychosozialen Notfallversorgung aus Betroffenenperspektive. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus Sicht der Unternehmen und der Betroffenen dargestellt, um die Forschungsfragen zu beantworten.

3.1.3.3. Forschungsfrage 1: Wie werden Beschäftigte in Unternehmen in Deutschland nach Notfällen psychosozial betreut?

3.1.3.3.1 Studie 1 „Die Sicht der Unternehmen“: Die Sicht der Unternehmen auf potenzielle Notfallarten im Betrieb wurde anhand einer Befragung von 2 388 Personen erhoben. Die Befragten schätzten auf einer vierstufigen Skala (1 = „eher unwahrscheinlich“, 4 = „sicher“), wie wahrscheinlich verschiedene Notfälle in ihrem Betrieb eintreten könnten. Am höchsten wurde das Risiko für Wege- und Verkehrsunfälle eingestuft ($M = 2,49$; $SD = 0,79$), gefolgt von medizinischen Notfällen ($M = 2,25$; $SD = 0,85$). Auch verbale Gewalt ($M = 2,13$; $SD = 0,84$) und plötzliche Todesfälle ($M = 2,01$; $SD = 0,83$) liegen deutlich über dem Skalenmittel. Suizidversuche ($M = 1,45$), sexuelle Gewalt ($M = 1,42$) oder Amokläufe ($M = 1,25$) dagegen werden als sehr unwahrscheinlich bewertet.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Tabelle 2 zeigt die Gegenüberstellung dieser Eintrittswahrscheinlichkeiten mit der Mittelwert-Messung zur Berücksichtigung in der Gefährdungsbeurteilung (GBU; Skala 1 = ja, 2 = nein).

Tabelle 2: Gegenüberstellung Auftretenswahrscheinlichkeit und Berücksichtigung in der GBU

Notfallart	Auftretenswahrscheinlichkeit	Berücksichtigung in der
	(Mittelwerte) Skala von 1 (eher unwahrscheinlich) bis 4 (sicher)	GBU (Mittelwerte) Skala 1= ja, 2 = nein Werte < 1,5 = eher ja, Werte > 1,5 = eher nein
Wege- und Verkehrsunfälle	2,49	1,28
Medizinische Notfälle	2,25	1,28
Verbale Gewalt	2,13	1,55
Plötzliche Todesfälle	2,01	1,71
Brände	1,76	1,21
Schwere Arbeitsunfälle	1,72	1,31
Körperliche Gewalt	1,58	1,63
Suizid(-versuche)	1,45	1,85
Sexuelle Gewalt	1,42	1,76
Angriff durch ein Tier	1,34	1,79
Raubüberfall, Geiselnahme, Amoklauf	1,25	1,81

Dieses Ranking macht deutlich, dass Unternehmen vor allem mit „klassischen“ Notfällen wie Arbeitsunfällen oder medizinischen Notfällen rechnen, wohingegen äußerst gravierende, aber seltene Ereignisse (z. B. Amoklauf) als sehr unwahrscheinlich gelten. Konkret gaben etwa 46 % der Befragten an, dass Wege- und Verkehrsunfälle in ihrem Betrieb eher wahrscheinlich oder sicher auftreten könnten. Im Gegensatz dazu sahen nur rund 4 % der Unternehmen ein nennenswertes Risiko für z. B. Raubüberfälle oder Amokläufe. Besonders auffällig ist jedoch, dass weniger stark reglementierte, aber oft auftretende Szenarien wie verbale Gewalt (M = 2,13) in weniger als der Hälfte der Gefährdungsbeurteilungen verankert sind (GBU-M = 1,55). Diese Diskrepanz weist auf eine deutliche Untererfassung negativer psychischer Beanspruchungen hin, obwohl Konflikte und Bedrohungslagen im Alltag real präsent sind. Ein zentrales Kriterium für die systematische Notfallvorbereitung ist das Vorhandensein einer Gefährdungsbeurteilung (GBU), in der potenzielle Gefährdungen der Mitarbeitenden analysiert werden (ArbSchG, § 5). Tatsächlich berichteten 78,4 % der befragten Unternehmen, dass in ihrem Betrieb eine aktuelle Gefährdungsbeurteilung vorliegt. Dies liegt deutlich über dem deutschlandweiten Durchschnitt von etwas über 50 % und könnte auf eine Stichprobe besonders sicherheitsbewusster Betriebe hindeuten. Entscheidend ist jedoch nicht nur das Vorhandensein einer GBU, sondern deren inhaltliche Ausgestaltung. Die Analyse, welche Notfallarten in die Gefährdungsbeurteilungen einbezogen werden, zeigt einen starken Fokus auf gesetzlich regulierte bzw. häufiger auftretende Notfälle: Brände werden in etwa 75 % der Unternehmen berücksichtigt, medizinische Notfälle und Wege- bzw. Verkehrsunfälle jeweils in 74,2 %, schwere oder tödliche Arbeitsunfälle in 66,0 %. Psychisch extrem beanspruchende Notfälle finden hingegen

weitaus seltener Eingang: Nur 22,0 % der Unternehmen berücksichtigen sexuelle Übergriffe, 18,2 % Raubüberfälle, Geiselnahmen oder Amokläufe und lediglich 14,0 % Suizide bzw. Suizidversuche. Mit anderen Worten:

Während Unfälle und Brände, bedingt durch klare Vorschriften und technische Nachweisbarkeit, im Zentrum der Prävention stehen, werden negativ psychisch beanspruchende Extremergebnisse systematisch ausgeklammert, obwohl sie in der Unternehmensrealität häufiger auftreten und erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden haben können.

3.1.3.3.1.1. Dokumentation und Meldung von Notfällen

Neben der Vorbereitung auf Notfälle spielen die systematische Dokumentation und Meldung solcher Ereignisse eine wichtige Rolle, insbesondere wenn psychische Folgen für Beschäftigte möglich sind. Die Befragung zeigt jedoch, dass das Dokumentations- und Meldeverhalten in vielen Unternehmen lückenhaft ist, vor allem bei psychischen Belastungen und in Abhängigkeit vom Betroffenheitsgrad der Personen. So gab rund die Hälfte der Unternehmen (46,9 %) an, dass Notfälle mit körperlichen Schädigungen (z. B. ein Arbeitsunfall mit Verletzung) bei ihnen immer dokumentiert werden. Demgegenüber werden potenzielle psychische Gesundheitsschäden deutlich seltener systematisch festgehalten. Nur etwa 19,3 % der Betriebe dokumentieren psychische Belastungen immer, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter direkt von einem Notfall betroffen war. Ist eine Beschäftigte oder Beschäftigter als Ersthelferin oder Ersthelfer kollegial eingebunden, sinkt dieser Anteil auf 13,2 %. Bei Augenzeuginnen und Augenzeugen eines schlimmen Ereignisses berichteten sogar nur 11,1 % der Unternehmen, dass psychische Folgen stets dokumentiert werden.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Meldungen an den Unfallversicherungsträger. Hier gaben lediglich 16,7 % der Unternehmen an, dass psychische Gesundheitsgefährdungen bei direkt Betroffenen immer gemeldet werden. Bei Ersthelfenden tun dies nur 11,0 % und bei Augenzeuginnen und Augenzeugen lediglich 8,8 % der Betriebe. In über der Hälfte aller Fälle erfolgt gar keine Meldung psychischer Gesundheitsschädigungen nach Notfällen: 53 % der Unternehmen melden psychische Folgen bei direkt Betroffenen überhaupt nicht, bei kollegialen Helferinnen und Helfern unterbleibt dies in 62,8 % der Fälle und bei Augenzeuginnen und Augenzeugen sogar in 66,4 %. Offenbar werden psychische Gesundheitsschäden, sofern keine körperlichen Verletzungen vorliegen, vielfach nicht als meldepflichtiger Umstand betrachtet, zumal wenn keine Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Unternehmen, die keine Gefährdungsbeurteilung vorliegen haben, verhalten sich beim Dokumentieren und Melden noch zurückhaltender. Abbildung 6 verdeutlicht diesen Unterschied: In Betrieben ohne GBU werden psychische Gesundheitsgefährdungen nach Notfällen nahezu gar nicht schriftlich festgehalten oder weitergemeldet, während Unternehmen mit GBU zwar ebenfalls selten, aber doch deutlich häufiger dokumentieren bzw. melden. Der generelle Trend, dass mit abnehmender unmittelbarer Betroffenheit weniger dokumentiert wird, zeigt sich in beiden Gruppen, jedoch auf verschiedenem Niveau. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass das Bewusstsein für psychische Folgen von Notfällen in vielen Unternehmen gering ist und entsprechende Notfälle häufig „unter dem Radar“ bleiben. Dies hat zur Folge, dass Betroffene unter Umständen keine professionelle Unterstützung erhalten, da das Ereignis offiziell nicht erfasst wurde.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)



Abbildung 6: Vergleich des Dokumentations- und Meldeverhaltens in Unternehmen mit vs. ohne Gefährdungsbeurteilung

3.1.3.3.1.2. Präventive Maßnahmen gegen psychische Notfallfolgen

Idealerweise setzen Unternehmen schon vor dem Eintreten von Notfällen Maßnahmen ein, um psychische Gesundheitsgefährdungen im Ernstfall zu minimieren. Erfreulicherweise geben 77 % der befragten Betriebe an, bereits vielfältige präventive Schritte gemäß den Empfehlungen der DGUV umgesetzt zu haben. Dabei dominieren technische und organisatorische Maßnahmen, während personenbezogene präventive Ansätze deutlich seltener sind. Am weitesten verbreitet ist die Verbesserung der Notfallsicherheit durch technische Vorkehrungen:

- Über 72 % der Unternehmen ($n = 1311$) haben z. B. Notausgänge eingerichtet und deutlich gekennzeichnet, um eine schnelle Evakuierung zu gewährleisten.
- Fast ebenso viele Betriebe sorgen durch organisatorische Maßnahmen dafür, dass Risiken reduziert werden, so geben 56,7 % ($n = 906$) an, die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften regelmäßig zu überprüfen und durchzusetzen.
- Mehr als die Hälfte (52,0 %, $n = 781$) vermeidet darüber hinaus Alleinarbeit in gefährlichen Bereichen oder Situationen, um im Notfall stets Hilfe in der Nähe zu haben.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

- Ebenfalls häufig genannt werden bauliche Maßnahmen zur räumlichen Trennung und Absicherung (51,6 %, n = 786) sowie ein beschränkter Zutritt zu potenziell gefährlichen Zonen (48,1 %, n = 758).



Abbildung 7: Übersicht zu Präventionsmaßnahmen der psychosozialen Notfallversorgung im Unternehmen

Demgegenüber setzen deutlich weniger Unternehmen auf schriftlich fixierte Notfallpläne oder psychosoziale Konzepte. Nur etwa ein Drittel (34,2 %, n = 476) hat einen schriftlichen Notfallplan, der Abläufe im Ereignisfall regelt. Spezielle Maßnahmen zur Wiedereingliederung nach Notfällen sind bei 37,5 % (n = 540) vorhanden. Schulungen für Führungskräfte zum Umgang mit psychisch betroffenen Mitarbeitenden oder zu akuter Krisenintervention bieten lediglich 25,5 % der Betriebe (n = 334) an. Am seltensten sind personenbezogene präventive Maßnahmen wie die Ausbildung betrieblicher psychologischer Erstbetreuer. Nur 14,0 % (n = 170) der Unternehmen haben solche speziell geschulten Kolleginnen und Kollegen etabliert. Immerhin geben 77 % an, irgendwelche Maßnahmen zu haben. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass 23 % (n = 297) der befragten Unternehmen überhaupt keine präventiven Vorkehrungen gegen psychische Notfallfolgen getroffen haben.

Viele Unternehmen investieren vor allem in klassische Arbeitsschutzmaßnahmen, die auch, aber nicht vollständig, dem Schutz der psychischen Gesundheit dienen können. Die gezielte Vorbereitung auf die psychologischen Aspekte eines Notfalls, etwa durch Schulungen oder ein betriebliches Betreuungskonzept, bleibt hingegen in rund drei Vierteln der Betriebe

unberücksichtigt. Nur 370 Unternehmen (von n = 1 900, die diese Frage beantworteten) verfügen über ein ausgearbeitetes betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung bei Notfällen, und lediglich 140 Betriebe haben dieses Konzept in Abstimmung mit ihrem Unfallversicherungsträger entwickelt. Auch werden Beschäftigte nur in Ausnahmefällen aktiv darüber unterwiesen, wie sie sich in potenziell psychisch belastenden Notfallsituationen verhalten und diese bewältigen können, nur 16,3 % der Firmen führen entsprechende Unterweisungen oder Trainings für ihre Mitarbeitenden durch.

3.1.3.3.1.3. Psychosoziale Akutbetreuung

Tritt ein Notfall ein, stellt sich die Frage, wie und durch wen die psychosoziale Erstversorgung der Beschäftigten erfolgt. Die Befragung ergab, dass in den meisten Unternehmen zunächst auf bestehende betriebsinterne Strukturen zurückgegriffen wird. Am häufigsten übernehmen betriebliche Ersthelfende die erste Betreuung der potenziell psychisch betroffenen Personen. Dies wurde in 15,9 % der Antworten als häufigste Versorgungsform genannt. Beinahe ebenso oft werden jedoch Führungskräfte oder die Unternehmensleitung selbst aktiv und kümmern sich um betroffene Beschäftigte (15,3 %). An dritter Stelle rangiert die Betreuung durch den Betriebsärztin und -arzt bzw. Arbeitsmedizinerin und -mediziner (13,6 %).



Abbildung 8: Übersicht helfende Personen Akuthilfe

Spezifisch ausgebildete psychosoziale Fachkräfte spielen demgegenüber unmittelbar nach dem Ereignis eine untergeordnete Rolle. Interne betriebliche Psychologinnen und Psychologen oder psychosoziale Beraterinnen und Berater werden nur in 3,5 % der Fälle vorrangig

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

eingebunden, und auch externe Therapeutinnen und Therapeuten oder Kriseninterventionskräfte werden von einzelnen Unternehmen genannt (zusammen ebenfalls nur wenige Prozent). Ein von der DGUV entwickeltes Konzept ist die Ausbildung von betrieblichen psychosozialen Erstbetreuenden, also Mitarbeitenden, die speziell geschult sind, Kollegen nach traumatischen Ereignissen psychologisch zu unterstützen. Solche internen Erstbetreuende wurden nur in rund 7 % der Fälle als vorhandene Versorgungsmöglichkeit angegeben. Bemerkenswerterweise gaben sogar 4,3 % der Befragten an, dass es überhaupt keine besondere Versorgung oder Betreuung nach Notfällen in ihrem Betrieb gibt. In einigen Freitextantworten wurde ergänzend erwähnt, dass man im Ernstfall ggf. auf die Sozialberatung oder einen bestehenden Employee Assistance Program (EAP) zurückgreifen würde, oder dass bislang schlicht kein Bedarf bestanden habe, da entsprechende Notfälle (noch) nicht aufgetreten seien.

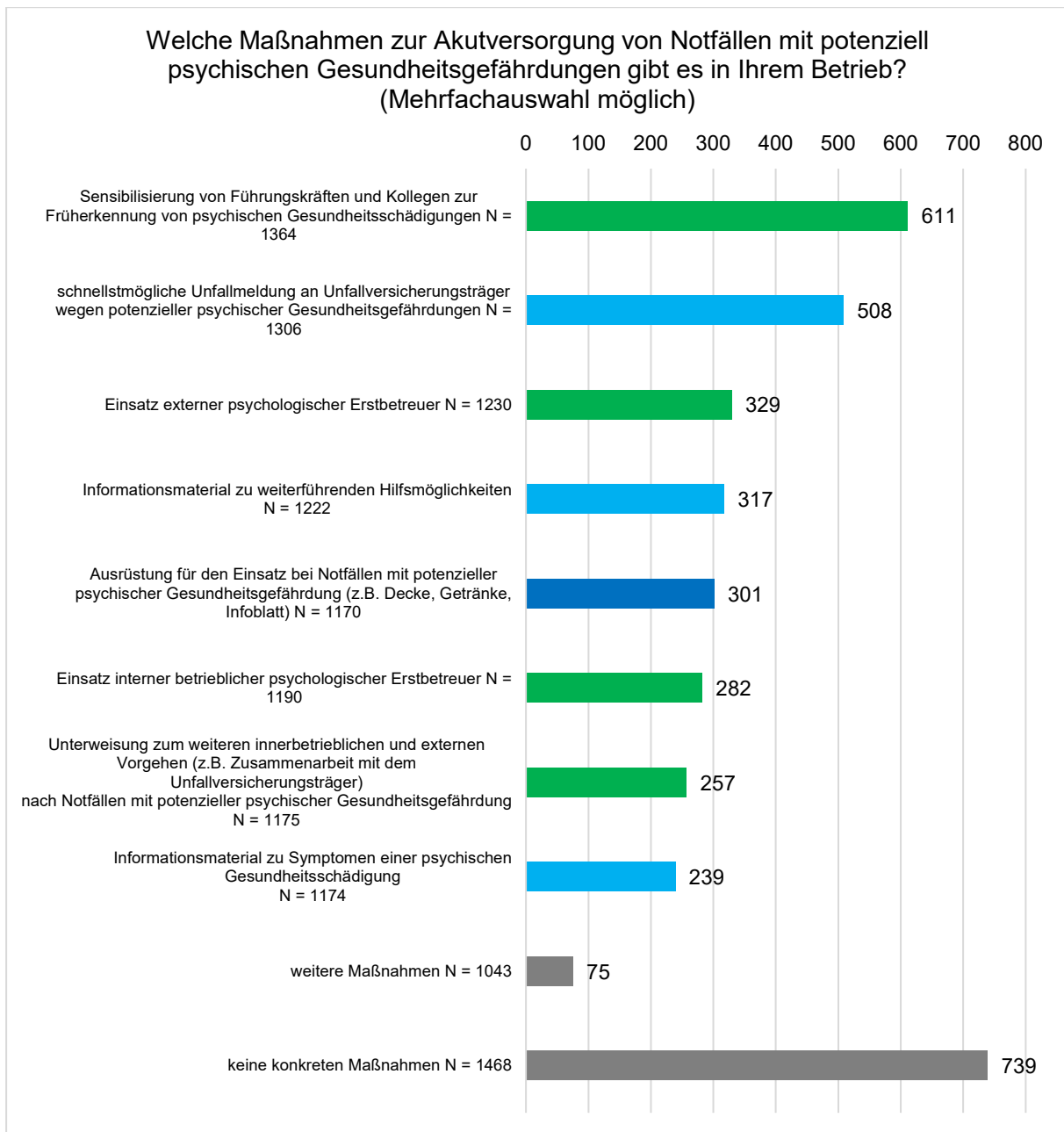


Abbildung 9: Maßnahmen in der Akuthilfe

Unmittelbar nach einem Notfall kommt es darauf an, schnell sowohl medizinische als auch psychosoziale Hilfe bereitzustellen. Doch knapp die Hälfte der Unternehmen (50,3 %, n = 739)

verfügt grundsätzlich über keine speziellen psychosozialen Akutmaßnahmen. In diesen Betrieben würde man sich im Ernstfall also zunächst auf die üblichen betrieblichen Abläufe und vorhandenes Personal verlassen. Von den Unternehmen, die angaben, Maßnahmen für die Akutversorgung vorzuhalten, fokussieren viele auf organisatorische Regelungen und allgemeine Sensibilisierung: So praktizieren 44,8 % (n = 611) die gezielte Sensibilisierung von Führungskräften und Kolleginnen und Kollegen, um frühzeitig Anzeichen psychischer Betroffenheit bei Betroffenen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Dies kann z. B. bedeuten, dass Vorgesetzte nach einem Vorfall besonders aufmerksam das Gespräch mit den Mitarbeitenden suchen oder Kolleginnen und Kollegen angewiesen sind, auf ungewöhnliches Verhalten zu achten.

Als weitere organisatorische Maßnahme nennt rund ein Drittel der Befragten eine schnellstmögliche Unfallmeldung an den zuständigen Unfallversicherungsträger (38,9 %, n = 508). Dies ist wichtig, um externe Unterstützung durch die Unfallversicherungsträger zügig anzustoßen. Darüber hinaus halten ca. 25 % der Unternehmen Informationsmaterial für Notfälle bereit z. B. schriftliche Handlungsanweisungen oder Flyer mit ersten psychologischen Hilfsmaßnahmen und/oder haben eine spezielle Notfallausrüstung (Notfallkoffer) am Arbeitsplatz, die ggf. auch Materialien zur psychologischen Ersten Hilfe enthält (jeweils um 25 % der Betriebe).

Hinsichtlich konkreter psychosozialer Akuthilfe zeigt sich ein leichter Vorrang externer Unterstützungsangebote gegenüber internen. Etwa 26,8 % der Unternehmen (n = 329) geben an, im Ereignisfall auf externe psychologische Erstbetreuung zurückzugreifen, z. B. durch sofortige Hinzuziehung eines Kriseninterventionsdienstes, Notfallpsychologinnen und -psychologen oder anderer externer Fachpersonen. Im Vergleich dazu setzen 23,7 % (n = 282) auf interne psychologische Erstbetreuung. Die Zahlen verdeutlichen, dass insgesamt nur ein knappes Viertel der Unternehmen psychologische Fachkräfte, ob intern oder extern, in den ersten Stunden nach einem Notfall einplant. Bei der Hälfte aller Betriebe fehlen solche Vorkehrungen völlig.

3.1.3.3.1.4. Unterstützung in den ersten Tagen und Wochen

Nicht nur die ersten Stunden, auch die Tage und Wochen nach einem Notfall sind kritisch für die Verarbeitung des Geschehens. Viele Betroffene entwickeln erst nach einer Latenzzeit von einigen Tagen ausgeprägte psychische Reaktionen. Über die Hälfte der Betriebe (52 %) gibt an, in den Tagen und Wochen nach einem Notfall spezielle psychosoziale Unterstützungsangebote bereitzustellen. Umgekehrt bedeutet das aber, dass immerhin 48 % (n = 696) der Unternehmen keinerlei spezifische Nachbetreuung anbieten.

Zu den häufigsten Maßnahmen in dieser Phase zählt die psychosoziale Beratung und Betreuung durch Fachkräfte: 46,5 % der Unternehmen (n = 664) ermöglichen ihren Mitarbeitenden den Zugang zu externer psychologischer Beratung oder Therapie in den Wochen nach dem Ereignis. Dies kann z. B. über einen vom Arbeitgeber finanzierten externen Beratungsdienst oder durch Vermittlung an Trauma-Therapeutinnen und Therapeuten geschehen. Etwas weniger, 36,5 % (n = 479), bieten eine psychosoziale Beratung intern an, etwa durch eine Betriebspsychologin oder -psychologen oder sozialpädagogischen Dienst im Unternehmen. Hier zeigt sich erneut der höhere Stellenwert externer Unterstützung. Externe Hilfsangebote werden deutlich häufiger genutzt als interne Ressourcen, sofern überhaupt etwas angeboten wird.

Ebenfalls wichtig ist ein aufmerksamer Umgang im Kollegenkreis und durch Vorgesetzte mit den Betroffenen. 47,8 % der Unternehmen (n = 642) nennen explizit, dass in den Wochen nach einem Notfall besonders auf mögliche Anzeichen psychischer Belastung geachtet und offen darüber gesprochen wird. Dies ist weniger eine formale Maßnahme als vielmehr eine kultur-

und führungsbezogene Haltung, die jedoch für die Früherkennung von Problemen und die signalisierte Unterstützung sehr bedeutsam ist.

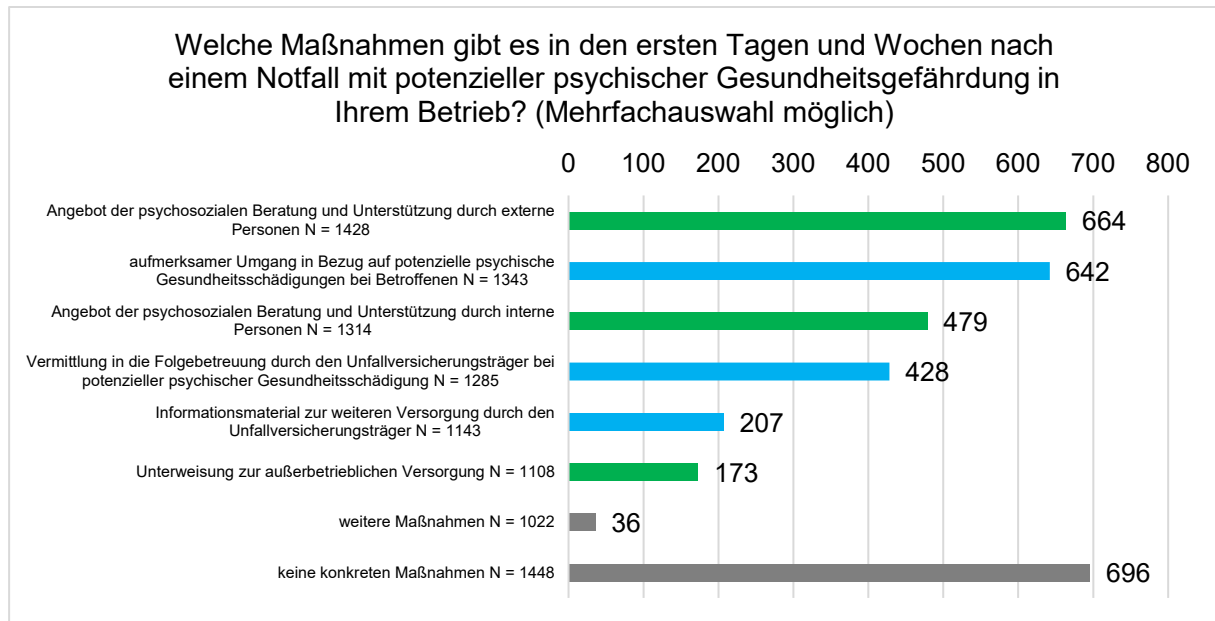


Abbildung 10: Maßnahmen in der Weiterführende Betreuung

Knapp ein Drittel der Betriebe (33,3 %, n = 428) sorgen außerdem aktiv für eine Vermittlung in weiterführende Betreuung durch den Unfallversicherungsträger. Diese Maßnahme knüpft an die Unfallmeldung an: Sobald der Unfallversicherungsträger informiert ist, kann er den Betroffenen Leistungen wie psychotraumatologische Fachberatung, ambulante Therapie oder Rehabilitationsmaßnahmen anbieten. Allerdings nutzen bislang offenbar nur wenige Unternehmen diese Möglichkeit konsequent, obwohl die Berufsgenossenschaften entsprechende Hilfen im Portfolio haben. Betriebsärztin und -arzt bzw.

3.1.3.3.1.5. Wiedereingliederung und langfristige Unterstützung

Schließlich wurde auch die Phase der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem traumatischen Ereignis betrachtet. Die erfolgreiche Wiedereingliederung ist ein zentrales Ziel der Tertiärprävention, um Langzeitfolgen zu vermeiden und die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen wiederherzustellen. 61 % der befragten Unternehmen gaben an, hierfür bestimmte Maßnahmen anzubieten, während 39 % keinerlei spezielle Wiedereingliederungshilfen vorhalten.

Die mit Abstand am weitesten verbreitete Maßnahme ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM): 57,6 % der Unternehmen (n = 945) setzen auf dieses strukturierte Verfahren, das nach längerer Arbeitsunfähigkeit greift und einen stufenweisen, betreuten Wiedereinstieg ermöglicht. Ebenfalls häufig genannt werden Krankenrückkehrgespräche (54,8 %, n = 805). Das heißt, Führungskräfte führen nach einer Abwesenheit aufgrund eines Notfalls ein strukturiertes Gespräch mit der betroffenen Person, um über den Wiedereinstieg, eventuelle Einschränkungen oder Unterstützungsbedarfe zu sprechen. Eng damit verknüpft ist der genannte stetige Kontakt zwischen Führungskraft und Arbeitnehmerin während der Ausfallzeit (50,8 %, n = 688). Eine regelmäßige Kontaktpflege kann Isolation vorbeugen und der Mitarbeiterin oder Mitarbeiter signalisieren, nicht alleine gelassen zu werden.

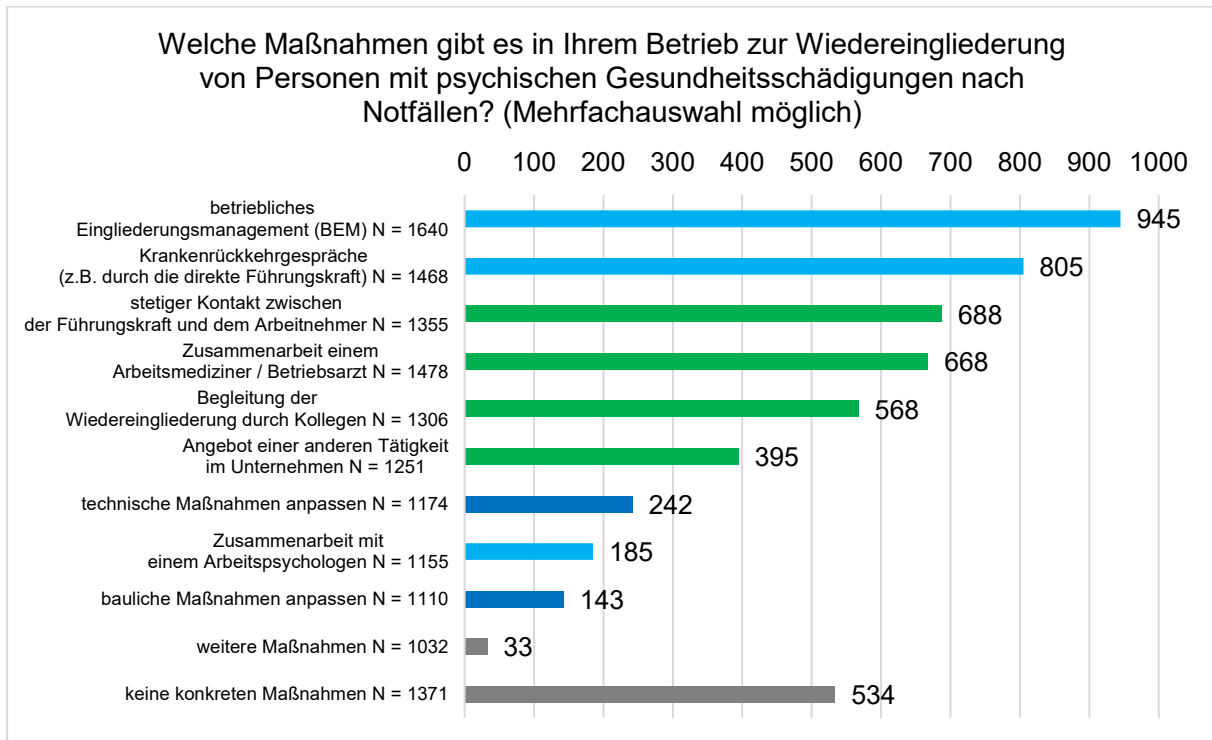


Abbildung 11: Maßnahmen während der Wiedereingliederung

Rund 45,2 % (n = 668) der Unternehmen beziehen bei der Wiedereingliederung gezielt Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner oder Betriebsärztinnen und -ärzte mit ein, um fachlichen Rat zur Leistungsfähigkeit und geeigneten Tätigkeiten nach dem Ereignis zu erhalten. Zudem berichten 43,5 % (n = 568), dass Kolleginnen als „Paten“ den Rückkehrprozess begleiten. Gut ein Drittel (31,6 %, n = 395) der Betriebe bietet auch die Möglichkeit, vorübergehend alternative Tätigkeiten oder angepasste Arbeitsaufgaben zu übernehmen, falls die reguläre Tätigkeit zunächst nicht ausgeübt werden kann. Technische oder ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes spielen im Kontext psychischer Folgen erwartungsgemäß kaum eine Rolle und wurden fast nie genannt.

Insgesamt zeigt sich ein recht vielfältiges Spektrum an Unterstützungsmaßnahmen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die hohe Verbreitung des BEM ist positiv zu werten, da dieses Verfahren seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben ist (SGB IX) und offensichtlich von vielen Unternehmen umgesetzt wird. Dennoch haben fast 40 % der Betriebe keinerlei spezifische Vorkehrungen, was darauf hindeutet, dass hier oft eine case-by-case-Betrachtung stattfindet oder dass Notfälle als enorm selten betrachtet werden, dass keine festen Prozesse etabliert wurden.

3.1.3.3.1.6. Einschätzung des Status quo der psychosozialen Notfallversorgung

Wie die bisherigen Ergebnisse zeigen, ist die Umsetzung der psychosozialen Notfallversorgung in deutschen Unternehmen noch sehr uneinheitlich. Viele Betriebe haben keine oder nur rudimentäre Strukturen, einige hingegen bereits recht umfassende Konzepte. Die befragten Unternehmen wurden gebeten, ihre aktuelle PSNV im Betrieb auf einer Skala von 0 („nicht vorhanden“) bis 100 („sehr gut ausgebaut“) selbst einzuschätzen. Das Ergebnis bestätigt die oben beschriebenen Lücken: Der Mittelwert der Selbsteinschätzung lag bei lediglich 39,1 von 100 Punkten (SD = 30,8). Der Median betrug 32 Punkte, der häufigste Einzelwert (Modus) sogar 0. Mit anderen Worten schätzen die meisten Unternehmen ihre Psychosoziale Notfallversorgung als eher gering ausgeprägt ein. Tatsächlich wählte die größte Gruppe der

Befragten explizit die Kategorie „0, nicht vorhanden“ (205 von 1 699 gültigen Antworten). Über 60 % aller Unternehmen vergaben einen Wert unter 50. Nur etwa ein Drittel (602 Betriebe) ordnete sich im oberen Bereich (> 50 Punkte) ein, und lediglich 38 Befragte gaben an, der Zustand in ihrem Unternehmen sei „sehr gut“ (100 Punkte). Diese Selbsteinschätzung spiegelt die oben berichteten objektiven Befunde wider: In vielen Betrieben fehlt es an systematischen Konzepten, Zuständigkeiten, Regelungen und Angeboten für die psychosoziale Betreuung nach Notfällen. Die Unternehmen selbst sehen demnach überwiegend erheblichen Verbesserungsbedarf.

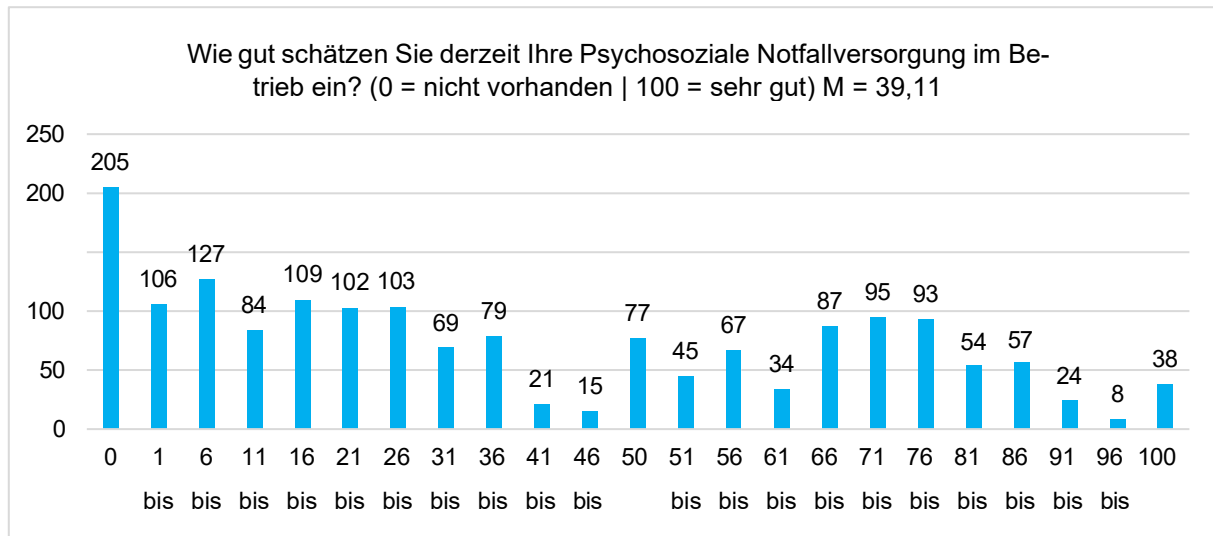


Abbildung 12: Verteilung der Selbsteinschätzung des PSNV-Status quo im Betrieb

3.1.3.3.2 Studie 2 „Die Sicht der betroffenen Beschäftigten“

Auf Basis der Befragung lässt sich erkennen, dass die psychosoziale Betreuung nach Notfällen in deutschen Betrieben von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Sowohl die Vorkehrungen vor einem Notfall als auch die Betreuung unmittelbar nach dem Vorfall und in den darauffolgenden Wochen spielen hierbei eine entscheidende Rolle. In den frühen Phasen (Prävention und Akuthilfe) gibt es vergleichsweise häufiger Angebote und Maßnahmen, während in den späteren Phasen (Weiterführende Betreuung, Rehabilitation, Wiedereingliederung) die Verfügbarkeit und Nutzung von Maßnahmen deutlich abnimmt. Parallel dazu verschlechtern sich die Bewertungen der Unterstützung in den späteren Phasen.

Die Grafik zeigt die Ergebnisse einer Befragung zur Verfügbarkeit (ob bestimmte Maßnahmen angeboten werden, obere Reihe) und Bewertung (Qualitätseinschätzung, untere Reihe) psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) entlang der Versorgungskette: von der Vorbereitung, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Rehabilitation (durch den UVT oder außerhalb) bis hin zur Wiedereingliederung.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

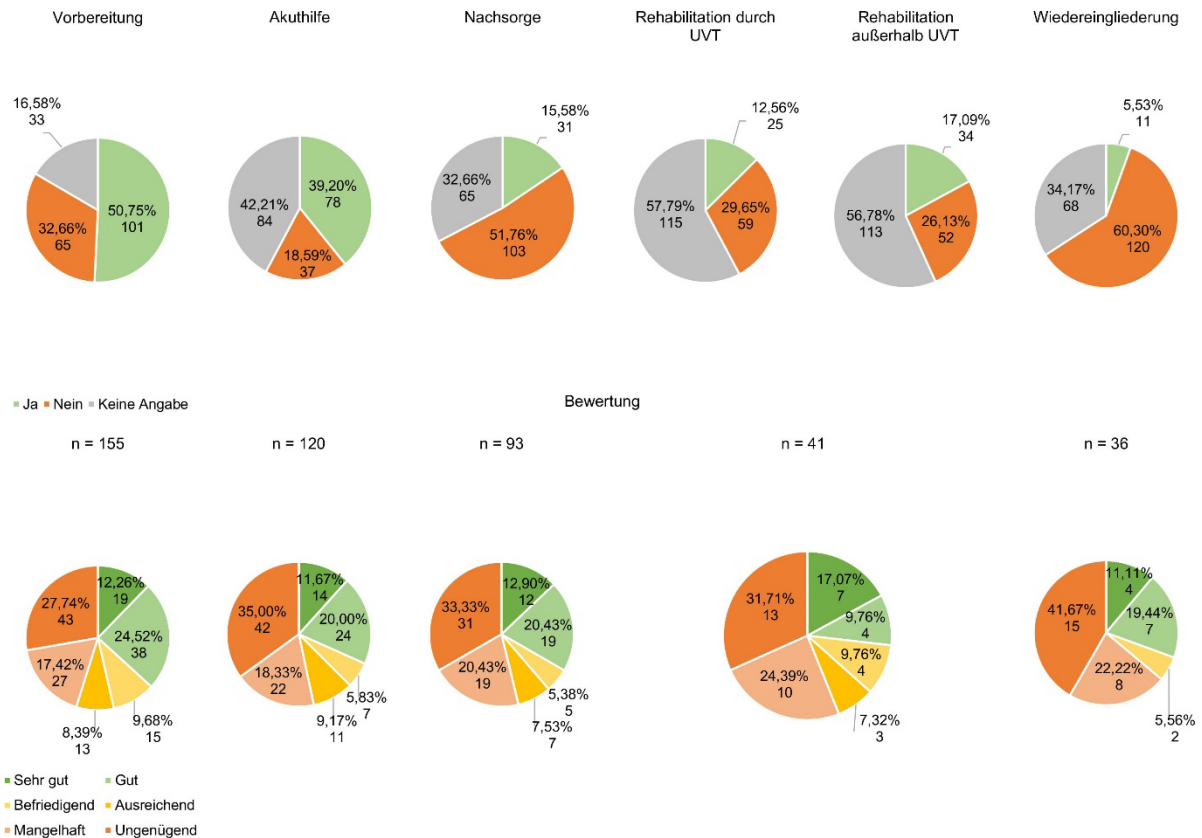


Abbildung 13: Inanspruchnahme von Maßnahmen und Bewertungen über die Phasen

3.1.3.3.2.1 Prävention

Eine wirksame Psychosoziale Notfallbetreuung beginnt bereits vor Eintreten eines Notfalls mit Präventionsmaßnahmen und Vorbereitung der Beschäftigten. Von 199 befragten Personen beantworteten 170 die Frage zur betrieblichen Notfallvorbereitung. Davon gaben 59,4 % (n = 101) an, dass es in ihrem Unternehmen allgemeine Vorkehrungen oder Schulungen zur Vorbereitung auf Notfälle gab, während 38,2 % (n = 65) angaben, keinerlei Vorbereitung erhalten zu haben (die restlichen 3,5 % machten keine Angabe). Spezifische Notfallschulungen waren allerdings seltener: Nur 32,7 % der Befragten berichteten, eine gezielte Schulung für Notfälle erhalten zu haben. Von den 101 Personen, die eine Vorbereitung erhielten, verfügte die Mehrheit über grundlegende Kenntnisse zu Abläufen im Notfall:

- 81 % wussten über mögliche Gefährdungen am Arbeitsplatz Bescheid.
- 77 % kannten die betrieblichen Vorgehensweisen im Notfall (z. B. Alarmwege, Evakuierungspläne).
- 76 % wussten, wen sie im Unternehmen im Notfall kontaktieren sollten (zuständige Ansprechpersonen).
- 71 % war klar, wer für die offizielle Meldung eines Notfalls zuständig ist.
- 54 % wussten, dass es speziell ausgebildete betrieblich psychologische Erstbetreuende gibt.
- 44 % waren darüber informiert, wer konkret für die Alarmierung externer Hilfe zuständig ist.
- 42 % wussten von der Möglichkeit einer Nachbetreuung in der Zeit nach dem Notfall.
- 36 % waren über Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem Notfall informiert.
- 30 % wussten, wer die Kontaktaufnahme mit Angehörigen der Betroffenen übernimmt.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Diese Zahlen zeigen, dass trotz erhaltener Vorbereitung einige wichtige Aspekte vielen Beschäftigten unbekannt blieben, besonders die Alarmierungswege, Nachbetreuung, Rückkehrprozesse und Angehörigenkontakt waren weniger klar.

Befragt nach den berücksichtigten gesundheitlichen Risiken in der Vorbereitung zeigte sich folgendes Bild: Rund 52,0 % der Teilnehmenden gaben an, dass sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsschädigungen in der Vorbereitung thematisiert wurden. 26,5 % berichteten hingegen, dass ausschließlich körperliche Risiken (Verletzungen, Unfälle) angesprochen wurden. Nur 3,1 % erfuhren eine Vorbereitung, die nur psychische Belastungen behandelte. 18,4 % sagten, dass gar keine potenziellen im Rahmen einer Vorbereitung thematisiert wurden. Rund ein Drittel von 85 Beantwortenden (34,1 %, n = 29) gab an, dass es in ihrem Unternehmen bpE gibt. Die Mehrheit (65,9 %, n = 56) verneinte dies. Die befragten Beschäftigten bewerteten die Qualität der Notfall-Vorbereitung insgesamt eher kritisch.

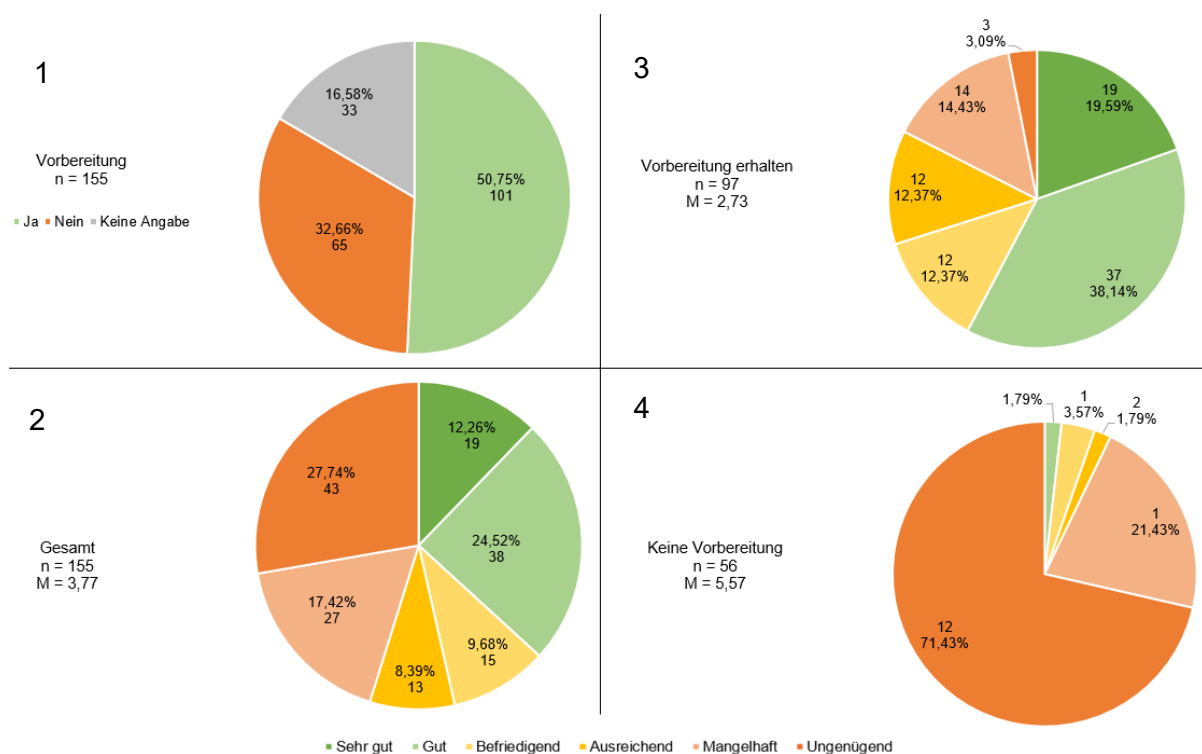


Abbildung 14: Bewertung der Vorbereitung

Abbildung 14 zeigt die Bewertung der Notfallvorbereitung anhand von vier Kreisdiagrammen, die sich jeweils auf einen unterschiedlichen Aspekt beziehen.

Im ersten Feld (1, oben links) sieht man die Grundverteilung: Etwa die Hälfte der Befragten (50,75 %) gab an, im Vorfeld eine Vorbereitung erhalten zu haben, während knapp ein Drittel (32,66 %) dies verneinte und ein weiterer Teil (16,58 %) keine Angaben machte. Hier erkennt man auf einen Blick, wie verbreitet die tatsächliche Vorbereitung im Kollektiv war.

Das zweite Feld (2, oben rechts) zeigt ausschließlich die Einschätzung derjenigen, die eine Vorbereitung erhalten haben. Die Bewertungen streuen hier von „sehr gut“ bis „ungenügend“. Die Mehrheit der Vorbereiteten vergibt dabei eher positive Bewertungen, am häufigsten wird „gut“ genannt. Negative Bewertungen kommen vor, sind aber deutlich seltener als in den Gruppen ohne Vorbereitung.

Im dritten Feld (3, unten links) wird die Gesamtbewertung der Notfallvorbereitung für die gesamte Stichprobe dargestellt, also unabhängig davon, ob eine Vorbereitung stattgefunden hat oder nicht. Hier verschieben sich die Bewertungen deutlich in den negativen Bereich: Neben positiven Urteilen („sehr gut“, „gut“) findet sich ein großer Anteil an „mangelhaft“ und „ungenügend“. Das spiegelt wider, dass die Gesamtwahrnehmung durch viele kritische Stimmen aus der Gruppe ohne Vorbereitung beeinflusst ist.

Das vierte Feld (4, unten rechts) betrachtet ausschließlich der Bewertungen von Personen, die keine Vorbereitung erlebt haben. Hier dominiert eine negative Einschätzung, die weitaus meisten vergeben die Note „ungenügend“. Kaum jemand bewertet ohne Vorbereitung auch nur „ausreichend“, positive Urteile fehlen nahezu völlig.

Die Abbildung macht insgesamt deutlich, dass eine vorhandene Vorbereitung zu deutlich positiveren Bewertungen führt, während das Fehlen jeglicher Vorbereitung nahezu ausschließlich mit massiver Unzufriedenheit bewertet wird. Die klare Nummerierung der Felder unterstützt die schnelle Orientierung: Feld 1 stellt die Grundverteilung dar, Feld 2 die Bewertung unter den Vorbereiteten, Feld 3 die Gesamtbewertung und Feld 4 die Situation ohne Vorbereitung.

Betrachtet man einzelne Aspekte der Vorbereitung, schnitten bei den vorbereiteten Beschäftigten insbesondere folgende Maßnahmen am besten ab (jeweils aus Sicht derjenigen, die diese Maßnahme erlebt hatten):

- *Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Durchschnittsnote 1,85 = „sehr gut“ bis „gut“)*
- *Prozedere zur Kontaktaufnahme mit Angehörigen im Notfall (1,97)*
- *Nachbetreuung nach dem Notfall (2,02).*

Diese Aspekte wurden also, sofern sie Teil der Vorbereitung waren, als besonders hilfreich empfunden. In Freitextantworten wurde deutlich, was in der Vorbereitung gut lief und wo Lücken gesehen wurden. Als positive Aspekte der bisherigen Vorbereitung nannten 36,6 % derjenigen mit Antwort etwa die Qualifizierung und Schulung an sich. Zudem lobten 20,4 % die Klärung von Zuständigkeiten und Abläufen, die ihnen Sicherheit gab. Allerdings fanden 28,0 % der Antwortenden, dass nichts wirklich gut gelaufen sei in der Vorbereitung, hier besteht also aus Sicht vieler Betroffener großer Nachholbedarf. Gefragt nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Prävention und Vorbereitung wurden am häufigsten genannt:

- *Besser Notfallkommunikation (22,8 %)*
- *Verbesserte Qualifizierung/Schulung (21,8 %)*
- *Unterweisung der Mitarbeitenden (21,8 %)*
- *Klarere Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten im Notfall (17,8 %)*
- *Alles optimierungswürdig (15,8 %)*

18,8 % sahen keinen Verbesserungsbedarf in der Vorbereitung.

3.1.3.3.2.2 Akuthilfe

Unmittelbar nach einem Notfall kommt der akuten psychosozialen Betreuung der Betroffenen eine besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass auch in dieser Akutphase erhebliche Unterschiede bestehen, wer welche Hilfe erhält, und dass oftmals Lücken auftreten. Insgesamt berichtete etwa die Hälfte der Befragten, dass sofort nach dem Notfall sich jemand persönlich um sie gekümmert hat. Konkret gaben 49,6 % der Betroffenen an, dass unmittelbar nach dem Ereignis eine anwesende Person bei ihnen blieb, beruhigend auf sie einwirkte oder anderweitig half. Darüber hinaus sagten 33,0 %, dass umgehend externe Rettungskräfte wie

Feuerwehr, Rettungsdienst oder Polizei alarmiert wurden. Allerdings zeigte sich auch, dass in 32,2 % der Fälle keinerlei Maßnahmen durch das Unternehmen eingeleitet wurden, d. h. die Betroffenen blieben ohne unmittelbare Unterstützung seitens des Unternehmens. Weitere, weniger häufig genannte Akuthilfen umfassten z. B. die Aufklärung der Betroffenen über die weiteren betrieblichen Vorgehensweisen (18,3 %), die Begleitung der Person in ihr privates Umfeld (14,8 %) oder ein Abschirmen der Betroffenen vor äußeren Einflüssen und Schaulustigen (13,0 %). Spezifische psychosoziale Sofortmaßnahmen waren hingegen rar. Nur etwa 10,4 % der Befragten wurden direkt nach dem Notfall über mögliche psychische Reaktionen oder Gesundheitsschäden aufgeklärt. 8,7 % erhielten Infoblätter zu Unterstützungsangeboten, und lediglich 6,1 % hatten Zugang zu einer telefonischen psychologischen Beratung innerhalb der ersten Stunden.

Unterstützende Personen in der Akutsituation:

- *Kolleginnen und Kollegen (55,8 %)*
- *Führungskräfte (28,9 %).*
- *Externe Notfallseelsorge oder Kriseninterventions-Teams (15,4 %)*
- *Interne Notfallseelsorge oder Kriseninterventions-Teams (13,5 %)*
- *Medizinische Ersthelfende (9,6%)*
- *Betriebliche psychologische Erstbetreuende (9,6 %)*
- *Betriebspsychologinnen und -psychologen (9,6%)*

Personen, die in der Akutsituation halfen, leisten meist sehr grundlegende und pragmatische Unterstützung. Am häufigsten berichteten diese Helfenden (Mehrfachantworten waren möglich), dass sie:

- *grundlegende Bedürfnisse sicherten (76,1 %)*
- *emotional beruhigen und trösten. 71,7 %*
- *dagewesen sind (54,4 %)*
- *Betroffene an einen sicheren Ort gebracht haben (45,7 %)*
- *Informationen weitergegeben haben und sich mit Angehörigen oder weiteren Stellen abgestimmt haben (33,3%)*
- *Betreuung gezielt an professionelle externe Hilfen übergeben (8,7 %)*

Bemerkenswert ist, dass die große Mehrheit dieser Helfenden keine spezielle Ausbildung hatte. Trotzdem wurden viele Basismaßnahmen intuitiv richtig umgesetzt. Die Helferinnen und Helfer selbst schätzten ihre Intervention überwiegend als positiv und hilfreich für die Betroffenen ein. Allerdings berichteten auch viele von psychischer Betroffenheit bei sich selbst infolge der Hilfeleistung, etwa Gefühlen der Überforderung oder Erschöpfung. Nur ein sehr kleiner Teil der Helfenden (10,9 %) nahm im Nachgang selbst Unterstützung in Anspruch. Aus Sicht der Betroffenen zeigt sich ein gemischtes Bild.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

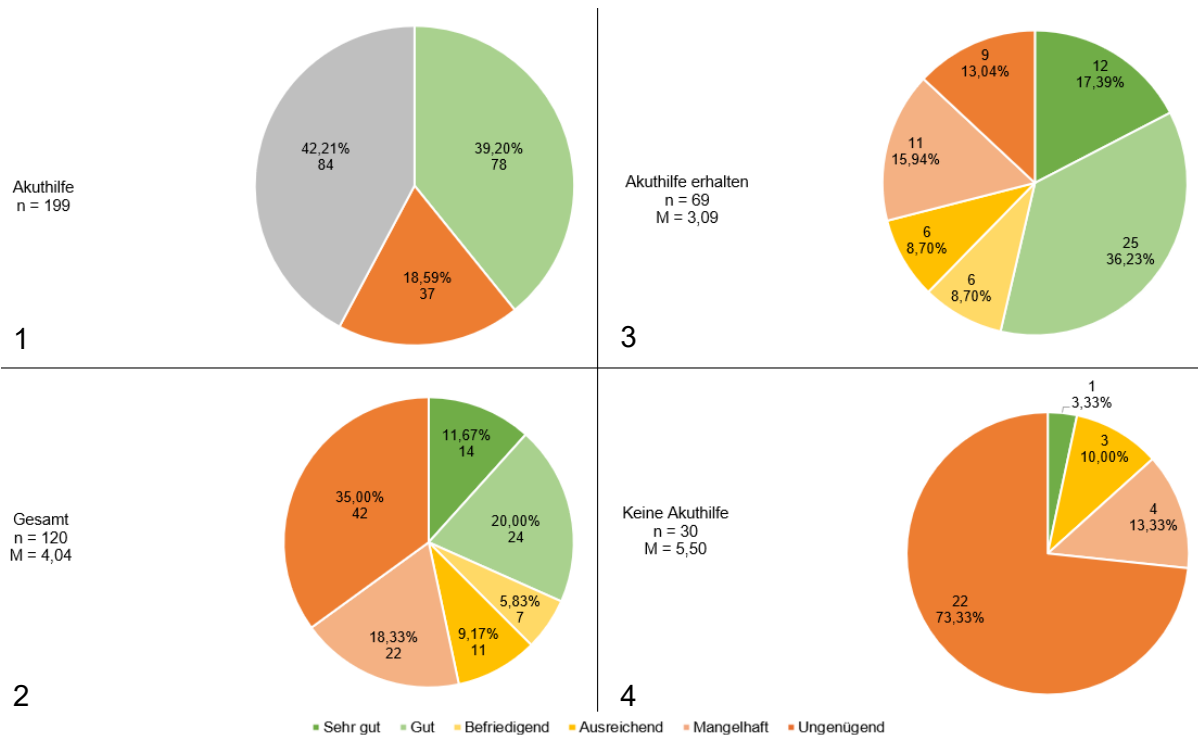


Abbildung 15: Bewertung der Akuthilfe

Abbildung 15 zeigt, wie die Befragten die erhaltene Akuthilfe nach einem Notfall bewerten, aufgeteilt nach verschiedenen Teilgruppen. Das erste Feld visualisiert, dass von 199 Befragten rund 39 % tatsächlich Akuthilfe erhalten haben, 18,6 % keine Akuthilfe bekamen und 42,2 % hierzu keine Angabe gemacht haben. Es wird damit auf einen Blick deutlich, dass Unterstützung im Notfall keineswegs selbstverständlich ist und viele Betroffene offenbar gar keine Hilfe in Anspruch nahmen oder keine eindeutige Aussage treffen konnten. Im zweiten Diagramm wird die Gesamtbewertung der Akuthilfe durch alle Antwortenden dargestellt. Hier zeigt sich eine breite Streuung der Bewertungen: Insgesamt vergaben rund 12 % die Note „sehr gut“, 25 % „gut“ und knapp 10 % „befriedigend“. Demgegenüber bewerten 27,7 % die erhaltene Hilfe mit „ungenügend“ und 17,4 % mit „mangelhaft“. Das Mittel aller Bewertungen liegt mit $M = 4,04$ im Bereich „ausreichend“ bis „mangelhaft“, was auf insgesamt viele kritische Rückmeldungen hindeutet. Feld 3 fokussiert ausschließlich auf die Personen, die tatsächlich Akuthilfe erhalten haben ($n = 69$). In dieser Gruppe bewerteten über die Hälfte der Befragten die Unterstützung als „sehr gut“ (19,6 %) oder „gut“ (36,2 %). Weitere 12,4 % wählten „befriedigend“. Kritische Bewertungen kommen seltener vor: Nur 13,8 % vergaben „mangelhaft“, und lediglich 3,1 % „ungenügend“. Feld 4 zeigt die Bewertungen der Personen, die keine Akuthilfe erfahren haben ($n = 28$). Hier fällt die Bewertung deutlich schlechter aus: 71,4 % vergaben die Note „ungenügend“, 21,4 % „mangelhaft“. Positive Bewertungen sind in dieser Gruppe kaum vorhanden. Die Grafik macht deutlich, wer Akuthilfe erhält, bewertet diese überwiegend positiv, während das Fehlen jeglicher Unterstützung nahezu ausnahmslos zu extrem schlechten Bewertungen führt. Die breite Streuung der Gesamtbewertung (2) erklärt sich durch diese starke Polarisierung zwischen denjenigen mit und ohne tatsächliche Akuthilfe.

Die psychosoziale Unterstützung wurde von verschiedenen Gruppen unterschiedlich erlebt. Männer gaben an, in der Akutphase signifikant mehr Unterstützungsmaßnahmen erhalten zu haben als Frauen. Im Schnitt bekamen Männer etwa 2,5 verschiedene Hilfsangebote, Frauen dagegen nur etwa 1,3 ($t(110) = 3,84$, $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,73$). Weibliche Betroffene blieben direkt nach dem Notfall deutlich öfter ohne umfassende Betreuung oder erhielten weniger Hilfen. Zudem berichteten Frauen doppelt so häufig von negativen Reaktionen in der

Akutsituation, z. B. dass ihr Erleben ignoriert wurde oder man ihnen sogar eine Mitschuld an dem Ereignis gab. Solche zusätzlich belastenden negativen Erfahrungen trafen Frauen insbesondere nach Notfällen von sexueller Gewalt und plötzlichen Todesfällen im Arbeitskontext.

Gefragt nach einer Gesamtnote für die psychosoziale Unterstützung unmittelbar nach dem Notfall, ergibt sich ein durchwachsenes bis kritisches Bild. Nur 9,7 % der Befragten bewerteten die Akutbetreuung als „sehr gut“, weitere 17,9 % als „gut“. Dem stehen jedoch 15,2 % gegenüber, die die Hilfe als „mangelhaft“ empfanden, und sogar 29,0 %, die „ungenügend“ sagten. Der Rest vergab mittelmäßige Noten. Im Durchschnitt lag die Bewertung der Akuthilfe bei $M = 4,04$ (zwischen „ausreichend“ und „mangelhaft“). Auffällig ist, dass die Einschätzung deutlich positiver ausfiel, je mehr Maßnahmen das Unternehmen ergriffen hatte. Wurden mehrere verschiedene Hilfen angeboten, stieg die Zufriedenheit der Betroffenen signifikant. Umgekehrt war die Bewertung vor allem dann schlecht, wenn die Betroffenen das Gefühl hatten, dass zu wenig Personal oder Helfende vor Ort waren. Rund 25 % bemängelten, es hätten mehr helfende Personen verfügbar sein müssen.

3.1.3.3.2.3 Weiterführende Betreuung

In den Tagen und Wochen nach dem Notfall nutzte nur eine Minderheit der Betroffenen weiterführende psychosoziale Unterstützung. Lediglich etwa 21-32 % der Befragten gaben an, irgendeine Form der Nachbetreuung oder Weiterversorgung innerhalb oder außerhalb des Unternehmens in diesem Zeitraum in Anspruch genommen zu haben. Konkret berichteten 21,4 % ($n = 31$ von 145), dass sie in den Wochen nach dem Ereignis Hilfe suchten oder bekamen, beispielsweise Gespräche, Beratung oder Therapie. Der Großteil, rund 71 %, verzichtete hingegen ganz auf weitere Unterstützung oder es wurde keine angeboten.

Schaut man auf die Art der nachfolgenden Unterstützungsleistungen, so wurden am häufigsten medizinische Nachbetreuung durch Hausärztinnen und -ärzte oder Betriebsärztinnen und -ärzte genannt (41 % derjenigen, die etwas in Anspruch nahmen). Innerbetriebliche Betreuungsangebote (z. B. geplante Nachgespräche mit Vorgesetzten oder Kollegen) machten etwa ein Drittel der genutzten Maßnahmen aus. Externe fachliche Unterstützung, etwa durch Notfallpsychologinnen und -psychologen oder Traumaambulanzen wurde von rund einem Fünftel der Versorgten genutzt. Psychotherapeutische Angebote spielten direkt im Anschluss nur eine geringe Rolle (knapp 10 % der benannten Maßnahmen).

Die häufigsten Gruppen von Personen, die in den Tagen/Wochen nach dem Ereignis Unterstützung boten, waren:

- *Kolleginnen und Kollegen (24 %)*
- *Führungskräfte (20 %)*
- *Hausärztinnen und -ärzte (20 %).*
- *Externe Notfallpsychologinnen und -psychologen (16 %)*
- *Interne Kriseninterventionsteams (16 %)*

Die Einschätzung der Betreuungsqualität in den Wochen nach dem Notfall fällt ähnlich kritisch

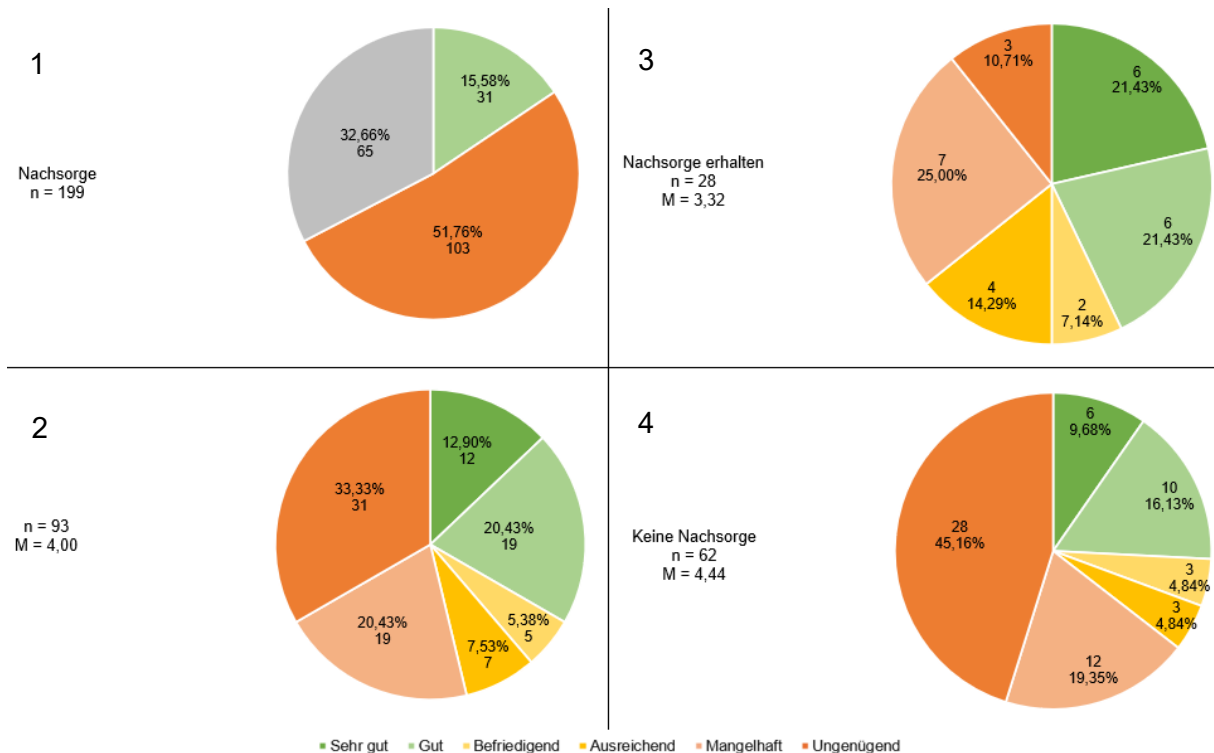


Abbildung 16: Bewertung der Weiterführenden Betreuung

Abbildung 16 visualisiert, wie die Befragten die Weiterführende Betreuung nach einem Notfall bewerten. Auch hier sind die vier Felder unterschiedlich unterteilt. Im ersten Diagramm ist zu erkennen, dass nur 15,6 % der 199 Befragten angaben, tatsächlich Weiterführende Betreuung erhalten zu haben, während 51,8 % verneinten und 32,7 % keine Angabe machten. Weiterführende Betreuung ist somit eher die Ausnahme als die Regel. Feld 2 stellt die Gesamtbewertung der Weiterführenden Betreuung aller, die eine Bewertung abgaben, dar. 13 % vergaben die Note „sehr gut“, 20,4 % „gut“ und 7,5 % „befriedigend“. Dem stehen 20,4 % „ausreichend“, 25,8 % „mangelhaft“ und 13 % „ungenügend“ gegenüber. Der Mittelwert liegt mit $M = 4,00$ exakt im Bereich „ausreichend“. Im dritten Feld, das nur die Personen mit tatsächlich erhaltener Weiterführender Betreuung ($n = 28$) abbildet, zeigt sich ein differenziertes Bild: Jeweils 21,4 % bewerteten die erhaltene Weiterführende Betreuung als „sehr gut“ oder „gut“, 14,3 % wählten „befriedigend“. Allerdings vergaben 25,0 % die Note „mangelhaft“ und 10,7 % „ungenügend“. Auch hier sind die Rückmeldungen also durchaus kritisch, aber im Mittel leicht besser als im Gesamtdurchschnitt ($M = 3,32$). Feld 4 zeigt die Bewertungen derjenigen, die keine Weiterführende Betreuung erhielten ($n = 62$). In dieser Gruppe bewerten 45,1 % die Situation mit „ungenügend“, weitere 19,4 % mit „mangelhaft“, während positive Bewertungen kaum vorkommen. Der Mittelwert in dieser Gruppe beträgt $M = 4,44$. Ein leichter positiver Trend zeigt sich darin, dass Betroffene, die verschiedene Unterstützungsangebote kombinierten, ihre Weiterführende Betreuung tendenziell besser beurteilten. Besonders eine aktive Nachbetreuung im Unternehmen und die Hinzunahme externer Hilfen korrelieren mit höherer Zufriedenheit. Zudem schnitten diejenigen, die die Weiterführende Betreuung als hilfreich empfanden, in weiteren Phasen wie Rehabilitation und Wiedereingliederung ebenfalls deutlich besser ab.

In offenen Antworten wurden als hilfreich in den Wochen nach dem Notfall insbesondere allgemeine Nachbetreuung durch das Unternehmen genannt (z. B. regelmäßige Gespräche oder Rückfragen: ~12 % der Antworten). Viele hoben auch informelle Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen positiv hervor (ebenfalls ~12 %), was die Bedeutung eines guten Team-

zusammenhalts unterstreicht. Externe professionelle Unterstützung wurde von rund 16 % lobend erwähnt, soweit sie stattfand. Demgegenüber betraf die häufigste Kritik die fehlende psychologische Betreuung bzw. fehlende Gesprächsangebote. Knapp 40 % der Antworten bemängelten, dass es in dieser Phase keinerlei Möglichkeit gab, über das Erlebte zu sprechen oder psychologische Hilfe zu bekommen. Mangelnde Unterstützung durch den Arbeitgeber (z. B. kein Interesse der Führungskräfte, keine Freistellungen oder Hilfsangebote) wurde von etwa 14 % kritisiert. Ebenfalls 14 % fühlten sich generell nicht ernst genommen in ihrer weiterhin schwierigen Lage.

3.1.3.3.2.4 Rehabilitation

In den Wochen und Monaten nach einem Notfall greifen theoretisch die Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung und anderer Stellen zur Rehabilitation. Die Studie ergab jedoch, dass psychosoziale Unterstützungsangebote der Unfallversicherungsträger von der Mehrheit kaum genutzt wurden. Ein überwiegender Anteil der Befragten (83,6 %, n = 46 von 55, die hierzu Angaben machten) gab an, keinerlei Unterstützung zur Weiterführende Betreuung der mentalen Folgen durch den zuständigen Unfallversicherungsträger in Anspruch genommen zu haben. Lediglich 10,9 % (n = 6) nutzten entsprechende Angebote. Ähnlich verhält es sich mit der Wahrnehmung konkreter Maßnahmen, die von der Unfallversicherung bereitgestellt wurden: 66,7 % (n = 56 von 84) berichteten, keine solche Unterstützung erhalten zu haben. Nur sehr wenige Betroffene nannten spezifische Leistungen, am häufigsten noch die Kostenerstattung für psychologische Hilfe (9,5 %), das Verletzten-/Übergangsgeld (finanzielle Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit, 8,3 %) oder die Teilnahme an ambulanter Psychotherapie/Traumatherapie (6 %). Stationäre psychotherapeutische Behandlungen, rehabilitative Beratung oder andere spezielle Maßnahmen wurden jeweils von weniger als 6 % der Befragten angegeben. Auch abseits der Unfallkassen war das Spektrum an genutzten Hilfen überschaubar: 60,5 % (n = 52 von 86) sagten, sie hätten keine weiteren psychosozialen Maßnahmen in Anspruch genommen. Wo es doch geschah, stand an erster Stelle eine Psychotherapie (10,5 % der Befragten insgesamt), deren Finanzierung erfolgte überwiegend über die Krankenkasse oder aus eigener Tasche. Die wenigen, die Leistungen der Unfallversicherung nutzten, berichteten teils von spezifischen Hilfen. So erwähnten insbesondere Männer häufiger, dass ihnen konkrete Angebote gemacht wurden, z. B. wohnortnahe Therapieplätze oder eine psychologische Beratung.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

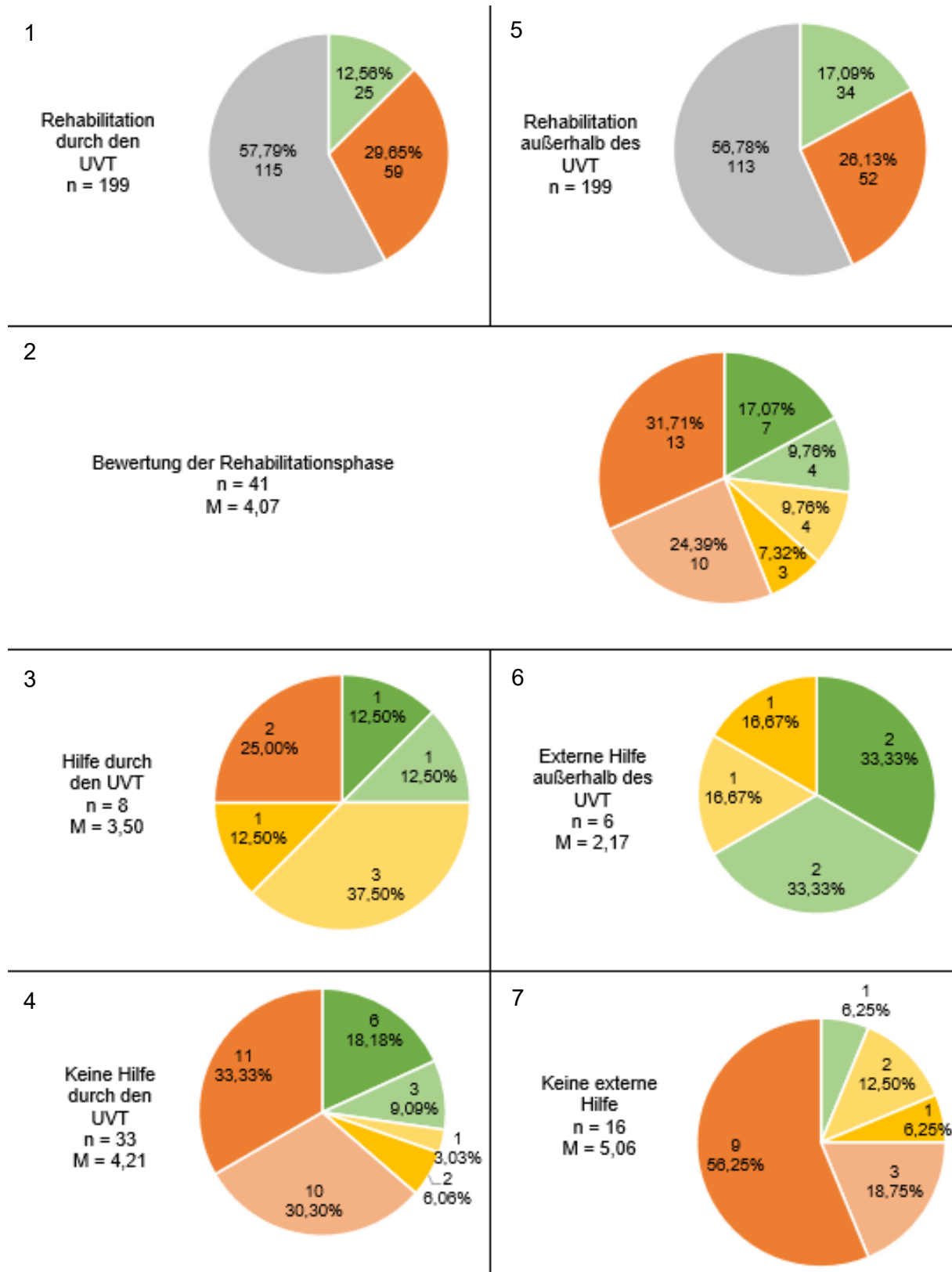


Abbildung 17: Bewertung der Rehabilitation

Abbildung 17 veranschaulicht, wie Betroffene die Rehabilitationsphase nach einem Notfall bewerten, jeweils differenziert nach Art und Vorhandensein von Unterstützungsangeboten.

1 (oben links): Dieses Feld zeigt, wie viele der 199 Befragten angaben, eine Rehabilitation durch den Unfallversicherungsträger (UVT) erhalten zu haben. Nur 12,6 % (n = 25) bejahten

dies, während 29,7 % (n = 59) angaben, keine UVT-geförderte Reha bekommen zu haben. Der Großteil, 57,8 % (n = 115), machte keine Angabe zu dieser Frage.

2 (zweite Zeile, links): Hier sieht man die Gesamtbewertung der Rehabilitationsphase von allen 41 Personen, die diese Phase benotet haben. Die Streuung ist groß: 17,1 % bewerten die Reha mit „sehr gut“, 24,4 % mit „gut“, aber 31,7 % mit „ungenügend“ und 24,4 % mit „mangelhaft“. Der Mittelwert liegt mit $M = 4,07$ im Bereich „ausreichend“ bis „mangelhaft“, was auf viele kritische Erfahrungen hindeutet.

3 (dritte Zeile, links): Feld 3 zeigt die Bewertung derjenigen, die tatsächlich eine UVT-geförderte Rehabilitation durchliefen (n = 8). Die Bewertungen verteilen sich wie folgt: 37,5 % gaben „sehr gut“, jeweils 12,5 % „gut“, „befriedigend“ oder „ausreichend“; 25,0 % bewerten die Maßnahme aber mit „mangelhaft“. Keine der bewertenden Personen gab „ungenügend“ an. Insgesamt ergibt sich hier ein durchschnittlicher Wert von $M = 3,50$, also „befriedigend“ bis „ausreichend“.

4 (vierte Zeile, links): Die 33 Personen, die keine UVT-geförderte Reha erhalten haben, beurteilten diese Phase wesentlich kritischer: 33,3 % vergaben die Note „mangelhaft“, 18,2 % sogar „ungenügend“. Der Mittelwert in dieser Gruppe beträgt $M = 4,21$.

5 (oben rechts): Im fünften Feld geht es um Rehabilitation außerhalb des UVT. Auch hier liegt der Anteil der Teilnehmenden mit externer Reha niedrig (17,1 %, n = 34), während 26,1 % (n = 52) keine solche Maßnahme hatten und der überwiegende Teil (56,8 %, n = 113) keine Angabe machte.

Ein Vergleich der Felder 1 und 5 mit der zusammenfassenden Bewertung in Feld 2 macht deutlich, dass die Einschätzung der Rehabilitationsphase durch alle Teilnehmenden stark durch die eingeschränkte Verfügbarkeit von Maßnahmen geprägt ist. Die niedrigen Beteiligungsquoten an internen (12,6 %) und externen (17,1 %) Rehastrukturen kontrastieren auffällig mit den kritischen Bewertungen in Feld 2. Daraus ergibt sich, dass die Gesamtbeurteilung nicht von flächendeckend negativen Erfahrungen mit durchgeführten Maßnahmen geprägt ist, sondern primär vom Fehlen solcher Angebote.

6 (dritte Zeile, rechts): Die sechs Personen, die eine externe (nicht durch UVT finanzierte) Reha durchliefen, bewerteten diese Phase am besten: Jeweils 33,3 % vergaben die Noten „sehr gut“, „gut“ oder „befriedigend“. Es gab keine „mangelhaft“ oder „ungenügend“-Bewertungen, der Mittelwert liegt mit $M = 2,17$ deutlich besser als in allen anderen Gruppen.

7 (vierte Zeile, rechts): Die Bewertungen der 16 Personen, die keinerlei externe Reha erhielten, fallen dagegen negativ aus: 62,5 % gaben die Note „ungenügend“, 18,8 % „mangelhaft“. Der Mittelwert liegt bei $M = 5,06$ („mangelhaft“ bis „ungenügend“).

Die Grafik zeigt deutlich, dass das Vorhandensein einer strukturierten Rehabilitationsmaßnahme, egal ob durch den UVT oder extern, maßgeblich über die subjektive Bewertung der gesamten Rehabilitationsphase entscheidet. Insbesondere das Fehlen jeglicher Unterstützung führt zu ausgesprochen schlechten Bewertungen und wirkt sich auch auf die weitere Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag negativ aus. Wer eine externe Reha erhält, beurteilt diese Phase insgesamt am besten.

3.1.3.3.2.5 Wiedereingliederung

Die letzte Phase der Notfallbetreuung umfasst Maßnahmen zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, also den Übergang zurück in den Beruf und den normalen Arbeitsprozess. Die Untersuchung zeigt, dass Wiedereingliederungsmaßnahmen nach solchen Notfällen nur sehr selten systematisch zur Anwendung kamen. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass eine

spezielle Wiedereingliederung nicht erforderlich gewesen sei, etwa weil keine längere Ausfallzeit vorlag oder man ohne besondere Vorkehrungen wieder arbeiten konnte. Unter den Fällen, wo das Thema relevant war, erhielten nur 8,4 % der Betroffenen tatsächlich eine betrieblich organisierte Wiedereingliederung. 7,6 % sagten, es wäre zwar nötig gewesen, aber ihr Unternehmen habe keine Unterstützung bei der Rückkehr geleistet. 6,9 % machten von einem an sich zustehenden Wiedereingliederungsangebot keinen Gebrauch. Bei 9,2 % wurden „andere Gründe“ genannt, warum keine Rückkehrmaßnahmen erfolgten. Jene wenigen, die eine Wiedereingliederung erhielten, berichteten von verschiedenen unterstützenden Vorkehrungen. Am häufigsten genannt wurden flexible oder reduzierte Arbeitszeiten zum Wiedereinstieg sowie die Möglichkeit, Arbeits- und Belastungstests durchzuführen (z. B. stundenweiser Probearbeitstag, langsame Steigerung der Belastung). Auch die Unterstützung bei einer Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebs (sofern der alte Ort mit der traumatischen Erinnerung betroffen war) kam vor. In einigen Fällen fanden Gespräche zur gemeinsamen Festlegung geeigneter Maßnahmen statt, oder es wurden Arbeitsaufgaben angepasst. Mehrere Betroffene erwähnten zudem Weiterbildungsmaßnahmen oder Trainings, um nach dem Vorfall fachlich oder psychisch gestärkt zurückzukehren. Einzelne Befragte profitierten von der Einbindung eines Reha-Managers der Unfallkasse, der den Wiedereinstieg koordinierte, oder sie erhielten technische Hilfsmittel, um die Rückkehr zu erleichtern (z. B. spezielle Arbeitsgeräte, ergonomische Anpassungen). Trotz dieser Beispiele zeigte sich insgesamt, dass der allergrößte Teil der Befragten keine solchen Maßnahmen erhielt. Der Mittelwert lag bei nur 0,17 Maßnahmen pro Person, was nahelegt, dass die meisten Betriebe keinerlei strukturiertes Wiedereingliederungsprogramm durchführten.

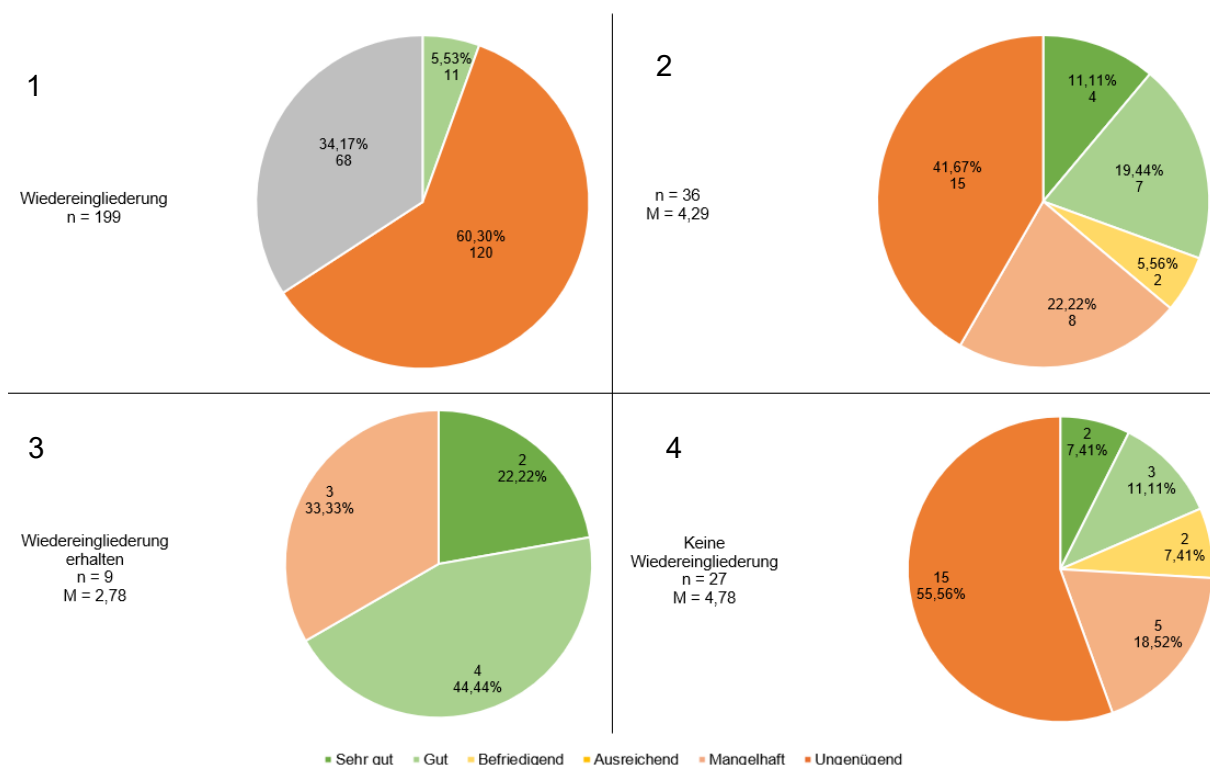


Abbildung 18: Bewertung der Wiedereingliederung

Abbildung 18 zeigt die Bewertung der Wiedereingliederung nach einem Notfall durch die Befragten, differenziert nach dem Vorhandensein von Unterstützungsmaßnahmen.

Das erste Feld stellt dar, wie viele der 199 Befragten eine Wiedereingliederungshilfe erhalten haben: Nur 5,5 % (n = 11) berichten von einer formellen Unterstützung, während 60,3 % (n = 120) angaben, keine Maßnahmen bekommen zu haben. 34,2 % (n = 68) machten hierzu keine

Angabe. Dies unterstreicht bereits, dass strukturierte Angebote zur Wiedereingliederung bislang die Ausnahme sind. Im zweiten Feld sieht man die Bewertung der Wiedereingliederung durch die 36 Personen, die dazu eine Note abgaben. Nur 11,1 % vergaben die Bestnote „sehr gut“, 19,4 % benoteten die Rückkehr mit „gut“. 41,7 % entschieden sich jedoch für „ungenügend“, 22,2 % für „mangelhaft“. Der Mittelwert liegt bei $M = 4,29$, entsprechend einer Schulnote zwischen „ausreichend“ und „mangelhaft“. Im dritten Feld werden die Bewertungen derjenigen gezeigt, die tatsächlich eine strukturierte Wiedereingliederungshilfe in Anspruch nehmen konnten ($n = 9$). Die Rückkehr wurde hier deutlich besser eingeschätzt: 22,2 % vergaben „sehr gut“, 44,4 % „gut“ und 33,3 % „mangelhaft“. Es gab keine Bewertung „ungenügend“ oder „ausreichend“, der Mittelwert lag bei $M = 2,78$, also im Bereich „gut“ bis „befriedigend“. Das vierte Feld zeigt das Bild bei Personen ohne jegliche Begleitung während der Wiedereingliederungsphase ($n = 27$). Hier dominieren die negativen Bewertungen: Über die Hälfte, 55,6 %, wählten „ungenügend“, weitere 18,5 % „mangelhaft“. Der Mittelwert lag hier bei $M = 4,78$, also deutlich schlechter als bei Personen mit Unterstützung. Die Grafik verdeutlicht eindrücklich, dass gezielte Unterstützungsmaßnahmen während der Wiedereingliederung die Rückkehr ins Arbeitsleben für die Betroffenen erheblich erleichtern und zu deutlich besseren Bewertungen führen. Fehlen solche Maßnahmen, wird die Wiedereingliederung von vielen als mangelhaft oder ungenügend beurteilt.

3.1.3.3.2.6 Psychosoziale Betroffenheit und Belastungsfaktoren

Die psychosoziale Betroffenheit nach betrieblichen Notfällen wurde auf einer 5-stufigen Skala (1 = „sehr schwach“ bis 5 = „sehr stark“) erfasst. Der Gesamtmittelwert lag bei $M = 3,04$, was auf eine insgesamt moderate Betroffenheit hindeutet. Rund 39,7 % der Befragten gaben eine Betroffenheit im Bereich „stark“ (4) oder „sehr stark“ (5) an. Die übrigen Antworten verteilten sich vergleichsweise ausgewogen auf die niedrigeren Kategorien: etwa 6 % nannten „sehr schwach“, ca. 18 % „schwach“, etwa 15 % „mäßig“ und gut 24 % „stark“ (ca. 17 % machten keine Angabe). Insgesamt zeigt sich also eine breite Verteilung der Betroffenheit, die mittlere Bewertung liegt bei etwa 3,04.

Deutliche Unterschiede ergaben sich je nach Art des Notfalls. Am höchsten fiel die psychosoziale Betroffenheit bei Gewaltereignissen aus. So berichteten Betroffene eines sexuellen Übergriffs im Schnitt über $M = 4,20$ und bei verbaler Gewalt über $M = 3,67$. Auch gewaltsame körperliche Übergriffe führten zu erhöhten Werten ($M = 3,50$). Demgegenüber standen Unfälle und medizinische Notfälle. Suizid(-versuche) erreichten im Mittel etwa $M = 2,71$, medizinische Notfälle $M = 2,54$, und tödliche oder schwere Arbeitsunfälle etwa $M = 2,63$. Insgesamt sind somit extreme, menschlich bedrohliche Ereignisse mit deutlich höheren Betroffenheitswerten verbunden als andere Notfalltypen (z. B. Unfälle oder Brände).

Nach Geschlecht zeigten sich ebenfalls ausgeprägte Unterschiede. Weibliche Beschäftigte berichteten im Durchschnitt eine erheblich höhere psychosoziale Betroffenheit ($M = 3,33$) als männliche ($M = 2,73$). Damit liegen die mittleren Werte der Frauen signifikant über jenen der Männer. Dies deutet darauf hin, dass Frauen die Ereignisse im Mittel als belastender („betreffender“) wahrnehmen als Männer (wobei dieser Unterschied u. a. auf unterschiedliche Notfalltyp-Quoten zurückzuführen sein könnte, da Frauen häufiger mit bestimmten traumatischen Ereignissen konfrontiert waren).

Auch die eigene Rolle beim Notfall prägte die Betroffenheit. Personen, die direkt betroffen waren, gaben die höchste psychosoziale Betroffenheit an ($M = 3,50$). Deutlich geringer fielen die Werte bei Augenzeuginnen und Augenzeugen ($M = 2,92$) und bei betrieblichen Ersthelfenden ($M = 2,72$) aus. Beschäftigte, die nicht unmittelbar am Geschehen beteiligt waren, bewerteten ihre Betroffenheit im Mittel am niedrigsten ($M = 2,42$). Insgesamt zeigt sich damit, dass

die Betroffenheit mit der Nähe zum Ereignis steigt: Direkt Betroffene fühlen sich am stärksten betroffen, gefolgt von unbeteiligten Ersthelfenden und beobachtenden Zeugen, während weiter Entfernte weit weniger stark betroffen sind.

Die Analyse der Mittelwerte zeigt deutliche Unterschiede je nach erhaltener Unterstützung im Anschluss an betriebliche Notfälle.

Tabelle 3: Betroffenheit und erhaltende Maßnahmen

Phasen der psychosozialen Notfallversorgung	N	Unterstützung erhalten		N	Mittlere Betroffenheit
		Ja	Nein		
		Mittlere Betroffenheit	Mittlere Betroffenheit		
Vorbereitung	86	2,87	56	3,27	
Akuthilfe	73	3,23	35	3,17	
Weiterführende Betreuung	30	4,17	100	2,89	
Rehabilitation durch UVT	14	3,79	121	3,01	
Rehabilitation außerhalb	7	4,57	53	3,25	
Wiedereingliederung	10	4,10	114	3,06	

Tabelle 3 vergleicht die durchschnittliche psychosoziale Betroffenheit (Mittelwert) für verschiedene Phasen der Notfallversorgung, jeweils getrennt nach Personen, die Unterstützung erhalten haben („Ja“), und solchen ohne Unterstützung („Nein“).

- **Vorbereitung:** Hier zeigt sich, dass Befragte mit erhaltener Unterstützung (N = 86, M = 2,87) im Schnitt geringere psychosoziale Betroffenheit angeben als diejenigen ohne Unterstützung (N = 56, M = 3,27). Dies könnte darauf hindeuten, dass gezielte Vorbereitung einen präventiven Effekt hat oder besser in weniger belasteten Fällen angeboten wurde.
- **Akuthilfe:** Für die Akuthilfe sind die Mittelwerte nahezu identisch (mit Unterstützung: M = 3,23; ohne: M = 3,17), sodass sich hier kein klarer Unterschied erkennen lässt.
- **Weiterführende Betreuung:** In der Weiterführende Betreuung ist der mittlere Betroffenheitswert bei den unterstützten Personen (N = 30, M = 4,17) deutlich höher als bei denen ohne Weiterführende Betreuung (N = 100, M = 2,89). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den folgenden Phasen.
- **Rehabilitation durch UVT:** Mit Unterstützung (N = 14, M = 3,79) ist der Betroffenheitswert höher als ohne (N = 121, M = 3,01).
- **Rehabilitation außerhalb UVT:** Auch hier zeigt sich bei den unterstützten Personen (N = 7, M = 4,57) ein höherer Wert als bei den nicht unterstützten (N = 53, M = 3,25).
- **Wiedereingliederung:** Bei erhaltener Hilfe (N = 10, M = 4,10) liegt die durchschnittliche Betroffenheit ebenfalls höher als ohne Unterstützung (N = 114, M = 3,06).

Die Daten legen nahe, dass Unterstützung bei Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung offenbar häufiger in Situationen hoher Belastung zum Einsatz kam. Das heißt, die höheren Mittelwerte in den „Ja“-Gruppen sprechen vermutlich nicht gegen die Wirksamkeit der Maßnahmen, sondern deuten darauf hin, dass besonders belastete Personen

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

gezielt Unterstützung erhielten. Die Unterschiede lassen sich daher wahrscheinlich eher mit einem Selection Bias, schwerer betroffene Fälle erhalten eher Maßnahmen, als mit einem direkten Effekt der Intervention erklären. Ein positiver Zusammenhang zwischen Unterstützung und niedriger Betroffenheit findet sich nur in der Phase der Vorbereitung.

Die offenen Antworten der Befragten ergänzen das quantitative Bild um die Ursachen der Betroffenheit.

Tabelle 4: Stärkste Betroffenheit (Qualitative Auswertung)

Belastung	Häufigkeit (A)	Prozent
<i>Psychische Belastung</i>	n = 69	34,67%
Ohnmacht/Hilflosigkeit/Kontrollverlust	31	
Schuld-/Schamgefühle	14	
Psychosoziale Symptome	11	
Belastung durch die Kommunikation	9	
Anblick des Betroffenen	8	
Anspannung in der Situation	7	
<i>Angst und Sorgen</i>	n = 30	15,08%
Vor einer erneuten Situation	17	
Vor beruflichen Konsequenzen	8	
Vor Verschlechterung des Zustands	5	
Vor privaten Konsequenzen	5	
<i>Weitere Potenzielle psychische Gesundheitsgefährdungen</i>	n = 35	17,59%
Physisch	15	
Keine starke Belastung	11	
Sozial	9	
Unbekannte verunglückte Person	1	
<i>Organisatorische Potenzielle psychische Gesundheitsgefährdungen</i>	n = 21	10,55%
Fehlende/Mangelhafte Betreuung	11	
Bürokratie	5	
Mangelhafte Arbeitssicherheit	4	
Informationsweitergabe	4	
Unstrukturierte Vorgehensweise	1	
Fehlende Pause	1	

Insgesamt beantworteten 69 der 199 Befragten (34,67 %) die offene Frage nach ihrem jeweils stärksten psychosozialen Betroffenheitsfaktor. Da Mehrfachantworten möglich waren, ergaben sich 81 Antworten (A) innerhalb dieser Gruppe. An erster Stelle standen Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Kontrollverlust (31 Antworten, 44,93 % der 69 Antwortenden), gefolgt von Schuld- und Schamgefühlen (14 Antworten, 20,29 %) sowie psychosozialen Symptomen wie Flashbacks oder Schlafstörungen (11 Antworten, 15,94 %). Weitere Antworten betrafen die Belastung durch Kommunikation mit Betroffenen oder Angehörigen (9 Antworten, 13,04 %), den Anblick Verletzter (8 Antworten, 11,59 %) und die Anspannung in der Situation (7 Antworten, 10,14 %).

Ein Teil der Befragten (30 Personen; 15,08 % der Gesamtstichprobe) wählte Angst und Sorgen als Hauptfaktor. Diese Antwortenden lieferten insgesamt 35 Antworten. Die Furcht vor einer erneuten Situation dominierte mit 17 Antworten (56,7 % der 30), gefolgt von Sorgen um berufliche Konsequenzen (8 Antworten, 26,7 %), Verschlechterung des Gesundheitszustands (5 Antworten, 16,7 %) und privaten Konsequenzen (5 Antworten, 16,7 %).

Darüber hinaus identifizierten 35 Personen (17,59 %) weitere potenzielle psychische Gesundheitsgefährdungen, aus denen 36 Antworten hervorgingen. Hier führten physische Nachwirkungen (15 Antworten, 42,9 %), das Gefühl, keine starke Betroffenheit zu spüren (11 Antworten, 31,4 %) sowie soziale Auswirkungen (9 Antworten, 25,7 %) die Liste an.

Schließlich kritisierten 21 Befragte (10,55 %) organisatorische Gefährdungen und gaben 26 Antworten ab. An erster Stelle standen fehlende oder mangelhafte Betreuung (11 Antworten, 52,4 %), gefolgt von bürokratischen Hürden (5 Antworten, 23,8 %), Mängeln in der Arbeitssicherheit (4 Antworten, 19,0 %) und unzureichender Informationsweitergabe (4 Antworten, 19,0 %). Unstrukturierte Vorgehensweisen und fehlende Pausen wurden mit jeweils einer Nennung (4,8 %) genannt.

3.1.3.3.2.7 Dokumentation und Meldung des Notfalls

Einen weiteren Aspekt im Unternehmen betrifft die Dokumentation des Notfalls und die offizielle Meldung an die Unfallversicherungsträger. Die Umfrageergebnisse belegen, dass zwar viele Notfälle intern erfasst werden, jedoch längst nicht alle weitergemeldet werden.

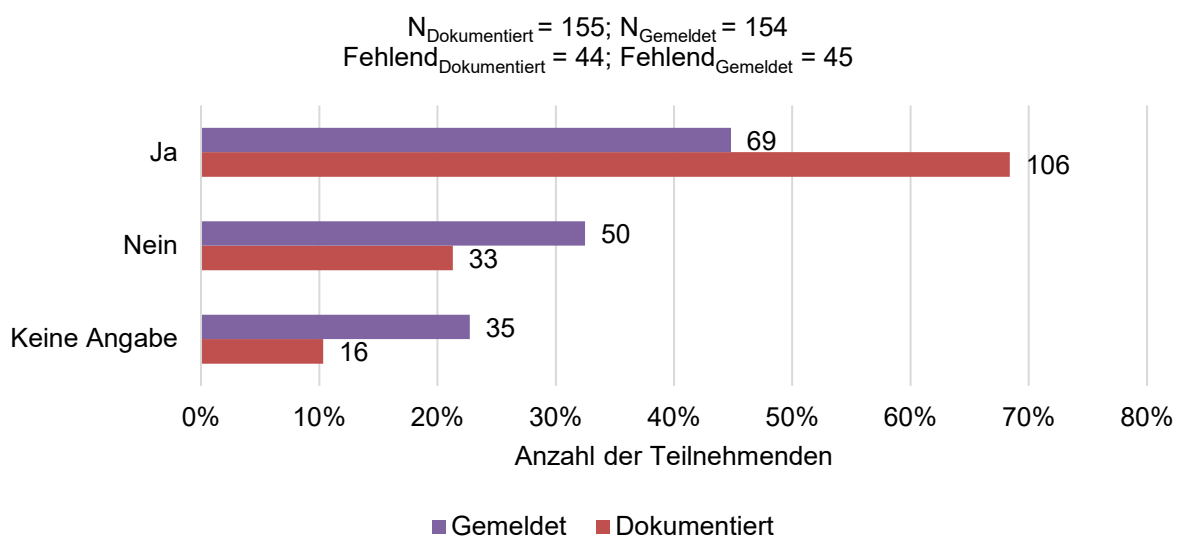


Abbildung 19: Dokumentations- und Meldeverhalten

Insgesamt berichteten 106 von 155 Befragten (68,4 %), dass der Notfall im Unternehmen dokumentiert wurde. Demgegenüber gaben 33 Personen (21,3 %) an, dass keine Dokumentation

erfolgt sei, während 16 Personen (10,3 %) dazu keine Angabe machten. Noch geringer fiel der Anteil der Notfälle aus, die offiziell dem Unfallversicherungsträger gemeldet wurden: Lediglich 69 von 154 Befragten (44,8 %) berichteten von einer solchen Meldung. 50 Personen (32,5 %) verneinten dies, und 35 Personen (22,7 %) machten keine Angabe zur Meldung. Dies ist insofern bedeutsam, als nur gemeldete Fälle bestimmte Leistungen der Unfallversicherung in Anspruch nehmen können. Besonders hervorzuheben ist der Zusammenhang zwischen interner Dokumentation und externer Meldung: War ein Notfall intern dokumentiert, stieg die Wahrscheinlichkeit einer offiziellen Meldung um das 6,8-Fache.

Ein letzter bemerkenswerter Befund in diesem Bereich ist, dass 60,3 % der Befragten angaben, bereits mindestens einen weiteren Notfall im Arbeitskontext erlebt zu haben. Viele Beschäftigte sind also im Laufe ihres Berufslebens mehrfach mit Extremsituationen konfrontiert gewesen.

3.1.3.3.2.8 Gesamtbetrachtung der Maßnahmen über alle Phasen

Abbildung 20 zeigt eine Korrelationsmatrix, die die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen der psychosozialen Notfallversorgung abbildet. Dargestellt sind jeweils die Rangkorrelationskoeffizienten (Spearman- r_s) für die Anzahl und Bewertung der Maßnahmen in Prävention, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie für die psychosoziale Betroffenheit. Die Korrelationen sind farblich codiert. Negative Zusammenhänge (rot) bedeuten, dass mit steigendem Wert einer Variable der Wert der anderen abnimmt, positive Zusammenhänge (grün) bedeuten, dass beide Werte tendenziell gemeinsam steigen.

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Anzahl Maßnahmen Prävention (0 = keine)	1,00									
2. Bewertung Prävention (1 = sehr gut; 6 = ungenügend)	-0,53	1,00								
3. Psychosoziale Betroffenheit (1 = sehr schwach; 5 = sehr stark)	-0,35	0,34	1,00							
4. Anzahl Maßnahmen Akuthilfe (0 = keine)		-0,49		1,00						
5. Bewertung Akuthilfe (1 = sehr gut; 6 = ungenügend)		0,68		-0,60	1,00					
6. Bewertung Nachsorge (1 = sehr gut; 6 = ungenügend)				-0,30	0,37	1,00				
7. Maßnahmen Rehabilitation UVT (0 = keine)							1,00			
8. Bewertung Rehabilitation (1 = sehr gut; 6 = ungenügend)			-0,40			0,34		1,00		
9. Anzahl Maßnahmen Wiedereingliederung (0 = keine)			0,27				0,39		1,00	
10. Bewertung Wiedereingliederung (1 = sehr gut; 6 = ungenügend)			-0,43			0,33	-0,30	0,50		1,00
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Alle Korrelationen $p < .001$ (Bonferroni-korrigiert)										

Abbildung 20: Korrelationsmatrix über alle Phasen

Die Korrelationsanalyse (Spearman- r_s , Bonferroni-korrigiert, $p < 0,0002451$) verdeutlicht, dass ein stärkeres präventives Engagement mit günstigerer psychosozialer Lage einhergeht. So korreliert die Anzahl implementierter Präventionsmaßnahmen negativ mit der psychosozialen Betroffenheit ($r_s = -0,35$) und ebenfalls negativ mit der Bewertung der Prävention ($r_s = -0,53$). Da in den Bewertungsskalen niedrigere Werte eine bessere Einschätzung bedeuten, interpretiert man diese negativen Koeffizienten dahingehend, dass mehr Präventionsmaßnahmen zu

einer positiveren Wahrnehmung der Prävention und zu schwächerer Betroffenheit führen. Entsprechend zeigt sich auch ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Bewertung der Prävention und psychosozialer Betroffenheit ($r_s = 0,34$): Wer die Präventionsmaßnahmen ungünstiger bewertet, berichtet zugleich von stärkerer Betroffenheit. Diese Befunde stimmen mit bisherigen Ergebnissen überein (Präventionsmaßnahmen korrelierten mit geringerer psychosozialer Betroffenheit) und unterstreichen, dass konsequente Primärprävention mit einem geringeren Belastungserleben verbunden ist.

3.1.3.3.2.8.1 Akuthilfe und Weiterführende Betreuung

Im Bereich der Akutversorgung zeigt sich, dass eine höhere Anzahl akuter Unterstützungsmaßnahmen mit einer besseren Bewertung der Akuthilfe assoziiert ist ($r_s = -0,49$). Das bedeutet konkret: Betriebe mit mehr Akutmaßnahmen bewerten diese Maßnahmen im Schnitt günstiger (niedrigerer Bewertungswert). Ferner besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Bewertung der Akuthilfe und der Bewertung der Weiterführenden Betreuung ($r_s = 0,60$). Anders ausgedrückt: Wer die Akutbetreuung besser einschätzt, bewertet zumeist auch die anschließende Weiterführende Betreuung günstiger. Darüber hinaus korreliert eine bessere Einschätzung der Weiterführenden Betreuung positiv mit positiven Bewertungen der Rehabilitation und Wiedereingliederung. Demnach gehen günstige Weiterführende Betreuungserfahrungen mit einer insgesamt positiveren Beurteilung des tertiären Versorgungsprozesses einher.

3.1.3.3.2.8.2 Rehabilitation und Wiedereingliederung

Bei den tertiären Maßnahmen zeigen sich ähnliche Muster. Eine größere Zahl rehabilitativer Maßnahmen ist mit einer besseren Bewertung der Rehabilitation verbunden ($r_s = -0,40$), d. h. mehr Unterstützung durch den Unfallversicherungsträger geht mit einer günstigeren Reha-Einschätzung einher. Entsprechend korreliert die Bewertung der Rehabilitation positiv mit der Bewertung der Wiedereingliederung ($r_s = 0,33$): Betriebe, die die Rehabilitation besser beurteilen, geben auch der Wiedereingliederung bessere Noten. Umgekehrt gilt analog, dass positivere Einschätzungen der Wiedereingliederung mit günstigerer Rehabilitation einhergehen. Insgesamt fassen diese Ergebnisse zusammen, dass sich Qualitätsbewertungen entlang der gesamten Versorgungsstufen ähneln - wer eine Stufe als gut beurteilt, tut dies meist auch für die angrenzenden Phasen.

3.1.3.3.2.9 Auswirkungen des Notfalls

Die Mehrzahl der Betroffenen (70,7 %, $n = 70$) erhielt nach einem betrieblichen Notfall vor allem Hilfe aus dem sozialen Umfeld. Allgemeine Unterstützungsangebote nannten 47,5 % ($n = 47$), spezifische fachliche Hilfe 24,2 % ($n = 24$). Medizinische oder therapeutische Betreuung wurde in 11,1 % ($n = 11$) der Fälle wahrgenommen, lediglich 7,1 % ($n = 7$) berichteten von keiner Unterstützung. Innerhalb der allgemeinen Hilfe waren Gespräche mit Vorgesetzten oder Kolleginnen mit 66,7 % der Nennungen zentral; 26,2 % hoben Fachwissen und Erfahrung hervor. Im sozialen Netzwerk spielten Kolleginnen (41,4 %) und Familienangehörige (25,7 %) die größte Rolle. Spezifische praktische Hilfen wurden in 70,8 % der Fälle genannt; Zuhören und Ernstgenommenwerden machten 8,3 % aus. Bei den medizinischen Angeboten dominierte die psychotherapeutische Weiterführende Betreuung (63,6 % der Nennungen).

3.1.3.3.2.10 Langfristige Veränderungen

Knapp ein Drittel der Befragten (35,0 %, $n = 48$) berichtete über nachhaltige Veränderungen, 49,6 % ($n = 68$) verneinten dies, 15,3 % ($n = 21$) machten keine Angabe.

- **Arbeit:** 6,6 % ($n = 8$) erlebten Veränderung im Berufsalltag. 3,7 % ($n = 5$) gewannen an Bewusstsein für Arbeitsschutz und Weiterbildung, 1,5 % ($n = 2$) wechselten das Arbeitsfeld, 1,5 % ($n = 2$) litten unter Führungsverlust oder erhöhtem Stress.

- **Privat:** 18,9 % (n = 26) beschrieben private Folgen. 3,7 % (n = 5) nannten persönliches Wachstum (z. B. Notfallseelsorge, Heirat), 2,9 % (n = 4) berichteten erhöhter Vorsicht oder Reflexion, 4,4 % (n = 6) von andauernden Ängsten, 2,9 % (n = 4) von Misstrauen und Wachsamkeit, 1,5 % (n = 2) von Einkommenseinbußen, 2,2 % (n = 3) betonten den Wert von Ersthelferschulungen.
- **Gesundheit:** 14,6 % (n = 20) gaben gesundheitliche Folgen an. Physische Beschwerden meldeten 7,4 % (n = 11) (z. B. Schwerbehinderung, Schwindel, Schmerzen), eingeschränkte Mobilität 1,5 % (n = 2). Psychische Erkrankungen (PTBS) nannten 4,4 % (n = 6). Vereinzelt (0,7 %, n = 1) traten auch Verbesserungen auf.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Notfallerelebnisse sowohl zu negativ bleibenden Belastungen (chronische Beschwerden, Ängste, Misstrauen) als auch zu positivem Wachstum (Resilienz, Weiterbildung, Teamzusammenhalt) führen können.

3.1.3.3.2.11 Betriebliche Reaktionen

Nur 16,9 % der Befragten (n = 23) berichteten von Anpassungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz; 76,5 % (n = 104) sahen keine Änderungen.

- **Technisch (2,2 %, n = 3):** Installation von Videokameras, Absturzsicherungen, Monitoren.
- **Organisatorisch (14,7 %, n = 20):** Einführung eines BGM, Ersthelfende, psychologische Erstbetreuung, regelmäßige PEH-Themen, Prozessoptimierungen, Schutzkonzept-Überarbeitungen, Rettungskonzepte.
- **Personenbezogen (1,5 %, n = 2):** Verbesserte Unterweisungen, gestärktes Teamgefühl.

3.1.3.3.2.12 Einstellung zum Unternehmen

31,9 % (n = 43) veränderten ihre Haltung zum Arbeitgeber. 58,5 % (n = 79) blieben unverändert, 9,6 % (n = 13) machten keine Angabe.

- **Negativ (28,9 %, n = 36):** Kritische Überzeugungen (11,9 %, n = 15), Alleingelassen fühlen (3,7 %, n = 5), Gefühl, „Mensch zählt wenig“ (2,2 %, n = 3), tatsächliche (4,4 %, n = 6) oder angedachte (1,5 %, n = 2) Kündigung, innere Kündigung (0,7 %, n = 1), Vertrauensverlust/Sicherheitsgefühl (10,4 %, n = 14), Anpassungen der Arbeitsweise (2,2 %, n = 3), negative Emotionen (2,2 %, n = 4).
- **Positiv (4,4 %, n = 6):** Dankbarkeit, gestärktes Gemeinschaftsgefühl.

3.1.3.3.2.13 Befinden nach der Befragung

Von 136 gültigen Antworten bewerteten 63,3 % (n = 86) ihr Befinden als gut oder sehr gut, 22,1 % (n = 30) als mittelmäßig, 8,1 % (n = 11) als schlecht oder sehr schlecht, 6,6 % (n = 9) machten keine Angabe. Ohne „Keine Angabe“ betrug der positive Anteil 67,7 %. Der Mittelwert lag bei 3,72 (Skala 1-5), Median bei 4,0, SD = 0,88. Psychosoziale Betroffenheit und Befinden korrelierten negativ ($r_s = -0,37$, $p < 0,001$), je stärker die Betroffenheit, desto schlechter das aktuelle Wohlbefinden.

3.1.3.4 Forschungsfrage 2: Welche internen und externen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen beeinflussen eine Psychosoziale Notfallversorgung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ?

3.1.3.4.1 Studie 1 „Die Sicht der Unternehmen“: Unternehmen identifizieren sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren für die Psychosoziale Notfallversorgung. Intern

geben 78,40 % der Unternehmen an, eine Gefährdungsbeurteilung (GBU) durchzuführen, wobei am häufigsten Brände (74,72 %), Wege- und Verkehrsunfälle (68,10 %), medizinische Notfälle (67,88 %) sowie schwere Arbeitsunfälle (65,94 %) berücksichtigt werden. Seltener berücksichtigt werden psychisch belastende Ereignisse wie Suizide (14,94 %), Raubüberfälle oder Amokläufe (18,15 %) und sexuelle Übergriffe (21,97 %). Psychische Gesundheitsrisiken werden bei medizinischen Notfällen (57,57 %), schweren Arbeitsunfällen (53,21 %) und plötzlichen Todesfällen (39,13 %) am häufigsten berücksichtigt, seltener hingegen bei Suiziden (30,53 %), Raubüberfällen (29,86 %) oder Angriffen durch Tiere (19,46 %).

Die Dokumentationspraxis fällt bei körperlichen Schädigungen (immer dokumentiert: 46,89 %) deutlich besser aus als bei psychischen Gesundheitsgefährdungen (immer dokumentiert: 19,26 %). Auch bei der Meldung an die Unfallversicherungsträger zeigt sich ein Defizit: lediglich 16,74 % der Unternehmen melden psychische Gesundheitsgefährdungen immer, während über die Hälfte (53,14 %) solche Meldungen nie vornehmen.

Die Versorgung bei eingetretenen Notfällen erfolgt intern vorrangig durch betriebliche Ersthelfende der medizinischen Ersten Hilfe (15,86 %), Führungskräfte oder Unternehmensleitung (15,37 %), Betriebsärztinnen und -ärzte (13,61 %) und Mitarbeitende ohne psychologische Qualifikation (9,77 %). Speziell psychologisch geschulte Erstbetreuende spielen mit nur 3,16 % kaum eine Rolle. Außerdem berichten 4,25 % der Unternehmen, überhaupt keine interne Versorgung durchzuführen.

Organisatorische und strukturelle Maßnahmen wie die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM, 57,62 %), schriftlich fixierte Notfallpläne (34,24 %), definierte Zuständigkeiten und Ressourcen (27,40 %), interne psychosoziale Betreuungskonzepte (27,29 %) sowie regelmäßige Führungskräftebildungen (25,52 %) wirken sich aus Sicht der Unternehmen positiv auf die PSNV aus. Demgegenüber werden als hinderliche Faktoren insbesondere fehlende interne Maßnahmen (68,02 %), die Priorisierung anderer Themen oder des Tagesgeschäfts (32,79 %), mangelnde Ressourcen (27,80 %), unzureichendes Wissen über geeignete Maßnahmen (30,13 %) sowie fehlende Kenntnisse über verfügbare externe Anbietende (23,27 %) genannt. Hinzu kommt fehlendes Problembewusstsein auf Leitungsebene sowie geringe Akzeptanz psychosozialer Themen in den Betrieben.

Extern spielt die Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern (UVT) eine wichtige, wenn auch insgesamt noch untergeordnete Rolle in der betrieblichen Notfallversorgung. Nur etwa ein Drittel der befragten Unternehmen (33,4 %, n = 553 von 1 654) gab an, bereits Informationen oder Angebote ihres UVT genutzt zu haben. Innerhalb dieser Gruppe bewerteten 74,3 % die allgemeine Unterstützung durch den UVT als zufriedenstellend bis sehr gut (M = 68,7 auf der 0-100-Skala), während die Zufriedenheit mit den PSNV-Leistungen moderat niedriger ausfiel (M = 59,9).

Konkret schätzten 38,9 % aller Unternehmen (n nicht spezifiziert) die schnelle Unfallmeldung durch den UVT als hilfreich ein, und 33,3 % (n nicht spezifiziert) fanden die Vermittlung in externe Folgebetreuungsangebote nützlich. Eine externe psychologische Erstbetreuung in der Akutphase wurde von immerhin 26,8 % der Betriebe genutzt. Dagegen greifen nur 4,6 % auf Employee Assistance Programs zurück, 3,8 % nutzen UVT-vermittelte Notfallpsychologinnen und -psychologen, 3,4 % wenden sich an kommunale Kriseninterventionsteams und lediglich 3,4 % an externe Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die qualitative Auswertung freier Rückmeldungen zeigt, dass viele Unternehmen aktive, proaktive Beratung und niedrigschwellige Informationsangebote wünschen (146 Nennungen). Gängige Kritikpunkte betreffen die Komplexität und Bürokratie externer PSNV-Leistungen sowie eine fehlende Branchenspezifität und mangelnde Erreichbarkeit. Mehr als 50 Nennungen

forderten konkrete Handlungshilfen (z. B. Musterkonzepte für Gefährdungsbeurteilungen), 35 Nennungen wünschten sich regelmäßige Weiterbildungen oder Inhouse-Workshops, und weitere 30 Nennungen betrafen die Forderung nach festen Ansprechpersonen bzw. Hotline-Strukturen.

3.1.3.4.2 Studie 2 „Die Sicht der Betroffenen“: Aus Sicht der Betroffenen sind vor allem interne Faktoren entscheidend für die Qualität der psychosozialen Notfallversorgung. Von den Beschäftigten, die die Frage zur Vorbereitung beantwortet haben (n = 170), gaben 59,41 % an, eine Notfallvorbereitung erhalten zu haben, während 38,24 % dies verneinten. Die vorbereiteten Beschäftigten bewerten diese Maßnahmen durchschnittlich deutlich besser (M = 2,73) als unvorbereitete Personen (M = 5,57). Als besonders hilfreich werden Qualifizierungsmaßnahmen (36,56 %), Klärung von Zuständigkeiten und Abläufen (20,43 %) sowie Notfallübungen (11,83 %) genannt. Allerdings kritisieren viele Beschäftigte zugleich Defizite. 22,77 % bemängeln eine unzureichende Notfallkommunikation, je 21,78 % beklagen eine unzureichende Qualifizierung sowie fehlende Unterweisung und 17,82 % kritisieren unklare Rollenverteilungen im Unternehmen. Weiterhin berichten 18,37 % von einer fehlenden Berücksichtigung gesundheitlicher Risiken (körperlich und psychisch).

Im Akutfall positiv bewertet werden ausreichende personelle Ressourcen vor Ort, schnelle organisatorische Maßnahmen (z. B. direkte Unterstützung, Rettungskräftealarmierung), transparente Kommunikation sowie Rückzugsmöglichkeiten. Negativ wirken dagegen fehlende oder mangelhafte psychologische Nachbetreuung (39,74 %), fehlende Wertschätzung und mangelnde Unterstützung durch Arbeitgeber (je 14,10 %) sowie organisatorische Schwächen (16,67 %). Zusätzlich berichten viele Betroffene von negativen Erfahrungen wie Ignoranz oder Schuldzuweisungen durch Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte.

Externe Maßnahmen bewerten die Betroffenen unterschiedlich. Insgesamt geben 46,50 % an, dass externe psychosoziale Beratungsangebote verfügbar waren, wobei externe psychologische Erstbetreuung immerhin 26,75 % bestätigen. Positiv hervorgehoben werden externe Informationsmaterialien oder Hotlines (25,94 %). Allerdings melden nur 61,9 % der dokumentierten Notfälle auch tatsächlich an die Unfallversicherung, während bei nicht dokumentierten Notfällen nur 9,1 % gemeldet werden. Kritisiert werden insbesondere fehlende Unterstützung der Unfallversicherungsträger (66,67 % geben an, keine Unterstützung erhalten zu haben) sowie schlechte Bewertungen der externen Angebote (M = 4,07). Häufig genannte Kritikpunkte betreffen dabei verzögerte oder fehlende externe Nachbetreuung, bürokratische Abläufe sowie erschwerten Zugang zu externen Angeboten.

Die betroffenen Beschäftigten wünschen sich mehr praxisorientierte, passgenaue externe Unterstützung, schnellere Vermittlung sowie bessere Abstimmung zwischen Unternehmen und externen Hilfesystemen. Zudem sind Trost, Rückhalt und aktive Nachfragen von externen wie internen Stellen zentrale Anliegen der Befragten.

3.1.4 Diskussion

3.1.4.3 Forschungsfrage 1: Wie werden Beschäftigte in Unternehmen in Deutschland nach Notfällen psychosozial betreut?

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen der organisatorischen Einschätzung von Notfallrisiken in Unternehmen und den tatsächlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der betroffenen Beschäftigten. Unternehmen (Studie 1) bewerten vor allem Wege- und Verkehrsunfälle und medizinische Notfälle als relevante Risiken und

berücksichtigen diese entsprechend häufig in ihren Gefährdungsbeurteilungen (z. B. über 74 % bei Verkehrsunfällen und medizinischen Notfällen). Im Gegensatz dazu erleben Beschäftigte (Studie 2) Notfallereignisse wie Gewalthandlungen, plötzliche Todesfälle und insbesondere auch seltenere, aber psychisch beanspruchende Notfälle, etwa Suizid(-versuche), sexuelle Übergriffe oder Amokläufe, als besonders beeinträchtigend. Auffällig ist, dass diese Notfallarten von Unternehmen systematisch unterschätzt und entsprechend selten präventiv adressiert werden. Die höchste psychosoziale Betroffenheit berichten Betroffene nach sexuellen Übergriffen ($M = 4,20$), gefolgt von verbaler und körperlicher Gewalt ($M = 3,67$; $M = 3,50$), während Arbeitsunfälle deutlich geringere Werte aufweisen.

Die Qualität der Prävention und Vorbereitung wird aus Sicht der Unternehmen überwiegend über technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Notausgänge, Vermeidung von Alleinarbeit) sichergestellt, spezifische Schulungen für psychosoziale Risiken finden sich lediglich in einer Minderheit der Betriebe (Studie 1: 25,5 % bieten Führungskräftebildungen, 14 % schulen betriebliche psychologische Erstbetreuende). Betroffene Beschäftigte bestätigen diesen Befund indirekt, denn nur 32,7 % geben an, eine spezifische Notfallschulung erhalten zu haben. Wichtige Abläufe wie Alarmierungswege, Nachbetreuung und Rückkehrprozesse bleiben häufig unbekannt (Studie 2). Die Bewertung der erhaltenen Prävention ist entsprechend kritisch ($M = 3,77$ auf der Schulnotenskala), wobei fehlende psychosoziale Vorbereitung zu signifikant negativeren Bewertungen führt.

Auch in der Akutphase nach einem Notfall dominieren pragmatische Erstmaßnahmen durch Kolleginnen und Kollegen, sowie Führungskräfte (Studie 2: 55,8 % bzw. 28,9 % der Nennungen). Spezifische psychosoziale Interventionen, etwa durch ausgebildete Fachkräfte oder strukturierte Programme, sind selten (z. B. 6,1 % telefonische psychologische Beratung direkt nach dem Notfall). Unternehmen bestätigen diese Versorgungslücke, denn nur rund die Hälfte hält überhaupt psychosoziale Akutmaßnahmen vor, wobei die häufigsten Akteure ebenfalls betriebliche Ersthelfende oder Führungskräfte sind (Studie 1). Externe Angebote werden zwar teils vorgehalten (26,8 %), aber nur ein Viertel der Unternehmen sieht in den ersten Stunden psychologische Fachkräfte vor. Entsprechend kritisch fällt die Bewertung der Akuthilfe durch Betroffene aus ($M = 4,04$). Gerade Frauen erleben häufiger fehlende Unterstützung oder zusätzliche Belastungen wie Schuldzuschreibungen. Nicht zuletzt aus dem Grund, weil Frauen häufiger Notfallarten (verbale, sexuelle Gewalt, medizinische Notfälle) passieren, die keine starke Reglementierung durch Gesetze und Vorschriften erhalten und dementsprechend weniger Platz in der GBU und Prävention des Unternehmens erhalten.

In den Phasen der Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung verschärft sich die Diskrepanz weiter. Während Unternehmen nach eigener Angabe in 52 % der Fälle Weiterführende Betreuung anbieten und in 61 % strukturierte Wiedereingliederungsmaßnahmen bereithalten (Studie 1), berichten Beschäftigte deutlich häufiger von fehlender oder unzureichender Unterstützung. Nur 21–32 % nehmen überhaupt Weiterführende Betreuungsgleistungen in Anspruch, die Bewertung liegt auch hier im unbefriedigenden Bereich ($M = 4,00$). Die Angebote der Unfallversicherungsträger zur Rehabilitation werden in der Praxis kaum genutzt (nur 10,9 % der Befragten), und die Mehrheit erlebt die Wiedereingliederung als unstrukturiert oder fehlend ($M = 4,29$). Wo formelle Maßnahmen stattfanden, werden sie signifikant positiver bewertet als die Abwesenheit solcher Angebote. Besonders gravierend ist, dass strukturierte psychosoziale Betreuung, etwa durch betriebliche psychologische Erstbetreuende oder externe Spezialisten, über alle Phasen hinweg die Ausnahme bleibt.

Die systematische Dokumentation und Meldung von Notfällen, insbesondere mit psychischer Betroffenheit, bleibt in beiden Datensätzen lückenhaft. Unternehmen dokumentieren und

melden psychische Gesundheitsgefährdungen deutlich seltener als körperliche (Studie 1: nur 19,3 % dokumentieren immer, 16,7 % melden immer an die UVT). Auch aus Betroffenensicht werden Notfälle zwar überwiegend intern dokumentiert (68,4 %), aber nur knapp die Hälfte offiziell an die Unfallversicherungsträger gemeldet (44,8 %). Dies limitiert den Zugang zu nachfolgenden Rehabilitations- und Unterstützungsleistungen massiv.

Korrelationen in der Betroffenenengruppe zeigen, dass konsequente Präventionsmaßnahmen mit signifikant geringerer psychosozialer Betroffenheit einhergehen ($r_s = -0,35$) und die Bewertung der Hilfsangebote entlang aller Phasen (Prävention, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Wiedereingliederung) eng miteinander verknüpft ist. Es zeigt sich, dass insbesondere bei schweren betroffenen Personen eher Hilfsangebote greifen (Selection Bias), aber auch, dass fehlende Prävention, schlechte Akutversorgung und unzureichende Weiterführende Betreuung in der Summe mit anhaltend negativer Einschätzung und erhöhtem Risiko für Langzeitfolgen assoziiert sind. Dies wird durch offene Angaben zu zentralen Belastungsfaktoren wie Ohnmachtsgefühlen, Kontrollverlust, Schuld und Scham, aber auch organisatorischen Defiziten wie fehlender Betreuung und mangelnder Arbeitssicherheit untermauert.

Langfristige Folgen für die Betroffenen reichen von chronischen psychischen Beschwerden (PTBS, Ängste, Misstrauen) bis hin zu positiven Entwicklungen wie persönlichem Wachstum und verstärktem Teamzusammenhalt. Anpassungen im Unternehmen nach schwerwiegenden Notfällen erfolgen aber selten (nur 16,9 % berichten von betrieblichen Änderungen), und bei fast einem Drittel verschlechtert sich die Einstellung zum Arbeitgeber nach dem Erleben eines Notfalls.

3.1.4.4 Forschungsfrage 2: Welche internen und externen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen beeinflussen eine Psychosoziale Notfallversorgung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ?

Die Qualität und Wirksamkeit der psychosozialen Notfallversorgung im betrieblichen Kontext ist das Ergebnis eines vielschichtigen Zusammenspiels interner Strukturen und externer Ressourcen, wobei aus Unternehmenssicht (Studie 1) vor allem formale Vorgaben, Zuständigkeiten und etablierte Prozesse als zentral angesehen werden, während die betroffenen Beschäftigten (Studie 2) vor allem erlebte Handlungssicherheit, Verlässlichkeit und gelebte Fürsorge bewerten.

So berichten Unternehmen, dass Gefährdungsbeurteilungen in 78,40 % der Betriebe vorhanden sind, wobei der Fokus klar auf klassisch-regulierten Risiken wie Bränden (74,72 %), Verkehrsunfällen (68,10 %), medizinischen Notfällen (67,88 %) und schweren Arbeitsunfällen (65,94 %) liegt (Studie 1). Seltener werden psychisch extrem beanspruchende Ereignisse wie Suizide (14,94 %), Amokläufe (18,15 %) oder sexuelle Übergriffe (21,97 %) erfasst. Dies führt dazu, dass psychische Gesundheitsrisiken meist nur in den Kontexten berücksichtigt werden, in denen sie mit "sichtbaren" physischen Gefährdungen einhergehen, z. B. bei medizinischen Notfällen (57,57 %) oder schweren Arbeitsunfällen (53,21 %). Parallel dazu schildern die Betroffenen, dass Vorbereitung und Qualifizierung auf Notfälle nur für einen Teil der Beschäftigten Realität sind. 59,41 % erhalten überhaupt irgendeine Form der Notfallvorbereitung, und spezifische Schulungen sowie klare Abläufe werden nur von einer Minderheit als gegeben beschrieben (Studie 2). Besonders hervorgehoben werden Qualifizierungsmaßnahmen (36,56 %) und die Klärung von Zuständigkeiten (20,43 %), wohingegen fehlende Unterweisung, unklare Rollen und mangelhafte Kommunikation als zentrale Defizite erlebt werden (21,78 % bzw. 22,77 %).

Die Diskrepanz zwischen formalen, oft technik- und arbeitsschutzorientierten Maßnahmen (Studie 1) und der als lückenhaft erlebten psychosozialen Versorgung (Studie 2) setzt sich in der Dokumentation und im Umgang mit psychischen Gesundheitsgefahren fort. Während Unternehmen körperliche Schädigungen deutlich konsequenter dokumentieren (immer dokumentiert: 46,89 %) als psychische (immer dokumentiert: 19,26 %), spiegelt sich dies auch in den Melderaten an die Unfallversicherungsträger wider (nur 16,74 % melden psychische Gesundheitsgefährdungen immer; mehr als die Hälfte meldet nie). Betroffene erleben im Alltag entsprechend häufig, dass nach Notfällen keine strukturierte Nachbetreuung erfolgt und Dokumentationspflichten nicht in Rehabilitations- oder Unterstützungsangebote münden. Gerade fehlende Weiterführende Betreuung (39,74 %), fehlende Wertschätzung (14,10 %) und organisatorische Schwächen (16,67 %) werden von Beschäftigten als belastende Faktoren genannt (Studie 2).

In der konkreten Versorgung nach einem Notfall dominiert auf beiden Ebenen der Rückgriff auf bereits vorhandene, meist medizinisch ausgebildete Ersthelfende, Führungskräfte oder betriebsärztliches Personal (Studie 1: z. B. medizinische Ersthelfer: 15,86 %; Führungskräfte: 15,37 %; Betriebsärzte: 13,61 %). Psychologisch speziell geschulte Erstbetreuende sind mit nur 3,16 % selten eingebunden. Aus Sicht der Betroffenen wird die Akutversorgung durch direkte Kolleginnen und Kollegen sowie Führungskräfte zwar häufig positiv hervorgehoben, jedoch sind professionelle psychosoziale Interventionsangebote (z. B. Notfallpsychologinnen und -psychologen, Kriseninterventionsteams) selten, und das Fehlen von Akuthilfen oder wertschätzender Begleitung prägt die Negativerfahrungen vieler Betroffener.

Strukturelle und organisatorische Maßnahmen auf Unternehmensseite, etwa BEM (57,62 %), schriftliche Notfallpläne (34,24 %), definierte Ressourcen/Zuständigkeiten (27,40 %) oder interne Betreuungskonzepte (27,29 %), werden als förderlich bewertet (Studie 1). Gleichzeitig zählt der Mangel an internen Maßnahmen (68,02 %), unzureichende Ressourcen (27,80 %), mangelndes Wissen (30,13 %) und eine niedrige Akzeptanz psychosozialer Themen zu den Hauptbarrieren, Aspekte, die von Betroffenen als Unsicherheit, mangelnde Kommunikation und fehlende Wertschätzung gespiegelt werden (Studie 2).

Die Rolle externer Faktoren bleibt trotz ihres Potenzials ambivalent. Unternehmen greifen bislang nur selten auf externe Angebote zurück. Zwar bewertet rund ein Drittel (33,4 %) die Unterstützung durch Unfallversicherungsträger insgesamt positiv ($M = 68,7/100$), doch die Inanspruchnahme bleibt auf Einzelmaßnahmen wie schnelle Unfallmeldung (38,9 %), Vermittlung in externe Betreuungsangebote (33,3 %) oder externe psychologische Erstbetreuung (26,8 %) begrenzt (Studie 1). Auch Employee Assistance Programs (4,6 %), UVT-vermittelte Notfallpsychologinnen und -psychologen (3,8 %), Kriseninterventionsteams (3,4 %) und externe Psychotherapeutinnen und -therapeuten (3,4 %) werden selten genutzt. Die qualitative Auswertung zeigt einen hohen Bedarf an proaktiver Beratung, branchenspezifischen und niedrigschwelligen Angeboten sowie festen Ansprechpersonen. Gleichzeitig erleben Betroffene bürokratische Hürden, branchenspezifische Unschärfe und schlechten Zugang zu externen Hilfen als große Schwächen. Externe Informationsmaterialien oder Hotlines werden positiv bewertet, aber auch hier dominieren der Ruf nach Praxisnähe, zügiger Vermittlung und besserer Abstimmung zwischen Unternehmen und Hilfesystemen.

3.1.5 **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse beider Studien machen deutlich, dass Psychosoziale Notfallversorgung in deutschen Unternehmen zwar auf formaler Ebene vielfach existiert, aber in der gelebten Praxis

Optimierungsbedarf aufweist. Technische und organisatorische Prävention dominieren das Bild, während psychosoziale Maßnahmen oft randständig bleiben und gerade die besonders vulnerablen Gruppen häufig nicht erreichen. Die Diskrepanz zwischen formellen Strukturen und erlebter Unterstützung spiegelt sich insbesondere in mangelnder individueller Vorbereitung, unzureichender Akut- und Weiterführende Betreuung sowie fehlenden, klaren Rückkehrhilfen wider. Sowohl aus Unternehmens- als auch aus Betroffenensicht fehlt es an verbindlichen Standards, systematischen Prozessen und einer expliziten Ausrichtung der Notfallversorgung auf psychische Gesundheit. Eine konsequente Verbesserung psychosozialer Notfallversorgung erfordert daher eine deutliche Ausweitung und verbindliche Verankerung sowohl präventiver als auch reaktiver Maßnahmen, die auf empirisch identifizierte Bedarfe, insbesondere aus Sicht der Betroffenen, eingehen. Zentral für eine wirksame psychosoziale Versorgung sind strukturierte Gefährdungsbeurteilungen, klare Zuständigkeiten, ausreichende personelle und fachliche Ressourcen, regelmäßige Qualifizierung und eine Unternehmenskultur, die Wertschätzung, Offenheit und Handlungssicherheit vermittelt. Externe Unterstützungsangebote wie die der Unfallversicherungsträger können dabei eine wichtige Ergänzung bieten, entfalten ihre Wirkung jedoch nur, wenn sie zielgerichtet, niedrigschwellig und praxisnah verfügbar sind.

Letztlich zeigen beide Perspektiven, dass eine qualitativ hochwertige Psychosoziale Notfallversorgung vor allem dort gelingt, wo interne Strukturen und externe Ressourcen wirksam zusammenspielen, getragen von klarer Kommunikation, abgestimmten Prozessen und einer Haltung, die die psychische Gesundheit der Beschäftigten als integralen Bestandteil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes begreift.

3.2 Teilprojekt 2, Unfallversicherungsträger

Zentraler Baustein des zweiten Teilprojekts war die systematische Analyse der Unterstützungsleistungen, die Unfallversicherungsträger im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung für Unternehmen bereitstellen. Im Rahmen eines Screenings wurden dazu sämtliche verfügbaren Informations- und Beratungsangebote der Unfallversicherungsträger erfasst und ausgewertet. Ergänzend erfolgte eine Intensivbefragung der Unfallversicherungsträger, um deren Einschätzungen zu bestehenden und zukünftigen Maßnahmen sowie zu den Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven der psychosozialen Notfallversorgung zu erhalten. Beide Untersuchungsansätze werden nachfolgend dargestellt.

3.2.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Zentraler Gegenstand des zweiten Teilprojekts war die systematische Untersuchung der Rolle der Unfallversicherungsträger im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in Unternehmen. Die Analyse erfolgte vor dem Hintergrund des dualen Arbeitsschutzsystems in Deutschland, in dem die Unfallversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts gemeinsam mit staatlichen Arbeitsschutzbehörden die Prävention, Rehabilitation und Entschädigung nach Arbeitsunfällen sowie Berufskrankheiten sicherstellen. Im Mittelpunkt stand die Frage, welche Unterstützungsleistungen die Unfallversicherungsträger ihren Mitgliedsbetrieben im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung anbieten und wie bestehende Maßnahmen, Qualitätsstandards und Kooperationsstrukturen ausgestaltet sind. Dabei wurde auch untersucht, wie externe Partner, insbesondere im Bereich der betrieblich psychologischen Erstbetreuung, eingebunden werden, welche Anforderungen und Kriterien für deren Qualifikation existieren und inwiefern die Träger die Unternehmen bei der Implementierung entsprechender

Maßnahmen unterstützen. Neben der Analyse des Status quo lag ein weiterer Fokus auf der Identifikation zukünftiger Strategien und Entwicklungsperspektiven der Unfallversicherungsträger im Bereich PSNV.

Die zentralen Forschungsfragen lauteten:

3. Welche Hilfestellungen bzw. Unterstützungen bieten Unfallversicherungsträger im Bereich PSNV für ihre Mitgliedsbetriebe an?

4. Welche Ideen und Pläne haben die Unfallversicherungsträger, wie Betriebe zukünftig bei der psychosozialen Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext unterstützt werden können?

Mit der Beantwortung dieser Fragen soll ein differenzierter Gesamtüberblick über die bestehenden und geplanten Unterstützungsstrukturen, Qualifikationsstandards und Kooperationsformen der Unfallversicherungsträger im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung ermöglicht werden. Nachfolgend wird das methodische Vorgehen der Dokumentenanalyse und der Intensivbefragung der Unfallversicherungsträger dargestellt.

3.2.2 Methodik

3.2.2.1 Studie 3: Screening, Dokumentenanalyse

Die Dokumentensammlung zielt darauf ab, einen umfassenden Überblick über bestehende schriftliche Unterstützungsangebote der Unfallversicherungsträger (UVT) zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen zu gewinnen. Berücksichtigt wurden sämtliche öffentlich zugänglichen Textdokumente (Broschüren, Flyer, Leitfäden, Handreichungen), die einen expliziten Bezug zum Thema aufweisen. Die systematische Recherche erfolgte für jeden UVT eigenständig und nach einem vordefinierten Schlagwortset, wobei pro UVT eine standardisierte Recherchezeit von zwei Stunden festgelegt wurde, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

3.2.2.1.1 Studiendesign

Im vorliegenden Teilprojekt wurde ein dokumentenbasiertes Studiendesign gewählt, um die betriebliche Praxis der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) umfassend zu erschließen. Gegenstand ist eine systematische Sichtung und inhaltliche Analyse vorhandener schriftlicher Materialien aus dem Kontext von Unternehmen und Arbeitsschutz, die Regelungen oder Maßnahmen der PSNV betreffen. Dieses Vorgehen erlaubt es, unabhängig von Befragungen oder Interviews einen Bestandsüberblick zu gewinnen und typische Konzepte, Strukturen sowie Lücken in der Umsetzung der PSNV in Unternehmen zu identifizieren. Die Dokumentenanalyse diente somit als eigenständige qualitative Erhebungsmethode, um das Erkenntnisinteresse, nämlich zu verstehen, welche Modelle, Richtlinien und Vorgehensweisen zur psychosozialen Akutbetreuung von Beschäftigten im Notfallfall existieren, zielgerichtet zu bearbeiten. Dabei handelt es sich um ein exploratives Screening. Durch die breite Sammlung relevanter Dokumente sollte zunächst ein Überblick über den Status quo geschaffen werden, der anschließend detailliert ausgewertet wurde. Eine solche Dokumentenanalyse kann für die systematische Erhebung und Auswertung von Texten genutzt werden, indem die ausgewählten Dokumente entlang eines definierten Kategoriensystems analysiert und zentrale Aussagen herausgefiltert werden. Entsprechend wurde in diesem Teilprojekt die qualitative Inhaltsanalyse als methodischer Ansatz eingesetzt, um den Sinngehalt der Dokumente im Hinblick auf betriebliche PSNV-Maßnahmen herauszuarbeiten.

3.2.2.1.2 Suchstrategie und Auswahlkriterien

Die Dokumentensuche erfolgte gezielt und systematisch, um einschlägige Materialien aus verschiedenen relevanten Quellen zu identifizieren. Zunächst wurden öffentlich zugängliche Quellen von Institutionen der Arbeitssicherheit und Notfallversorgung durchsucht, darunter die Webseiten und Publikationen der Berufsgenossenschaften (BG) und Unfallkassen, die für Unternehmen entsprechende Leitfäden herausgeben. Hierbei kamen suchmaschinenbasierte Recherchen mit einschlägigen Stichworten (etwa „Psychosoziale Notfallversorgung Unternehmen Leitfaden“) ebenso zum Einsatz wie das gezielte Aufsuchen bekannter Dokumentensammlungen und Bibliotheken dieser Institutionen. Ergänzend wurde im Rahmen des Forschungsprojekts direkt bei Unternehmen und Expertengremien nachgefragt, um an interne Materialien zu gelangen. So wurden beispielsweise einzelne Unternehmen und betriebliche Akteurinnen und Akteure kontaktiert mit der Bitte, vorhandene Notfall- bzw. Krisenpläne oder ähnliche Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Alle identifizierten Dokumente wurden katalogisiert und hinsichtlich ihrer Relevanz für das Thema PSNV im Betrieb bewertet.

Für die Auswahl der Dokumente wurden klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Eingeschlossen wurden alle Materialien, die einen expliziten Bezug zur Prävention oder Weiterführende Betreuung psychischer Folgen von Notfällen im Arbeitskontext aufweisen. Dazu zählten beispielsweise Dokumente, die Maßnahmen der psychosozialen Akutversorgung am Arbeitsplatz beschreiben, Leitlinien zum Vorgehen bei schweren Unfällen mit psychischen Auswirkungen, oder Schulungsunterlagen zur Vorbereitung von Mitarbeitenden auf Krisensituationen. Um die Aktualität und Praxisrelevanz sicherzustellen, lag der Schwerpunkt auf Dokumenten, die in den letzten Jahren veröffentlicht wurden oder aktuell in Unternehmen Verwendung finden. Dokumente ohne direkten Bezug zum Unternehmenskontext der PSNV, etwa allgemeine Leitfäden zur psychosozialen Notfallversorgung für Einsatzkräfte außerhalb des betrieblichen Rahmens, blieben unberücksichtigt. Ebenso wurden Unterlagen ausgeschlossen, die zwar Notfallsituationen behandeln, jedoch ausschließlich somatische/medizinische Aspekte abdecken und keine Aussagen zu psychosozialer Unterstützung enthalten. Doppelungen wurden entfernt, indem bei inhaltsgleichen Versionen eines Dokuments (z. B. ältere gegenüber aktualisierten Auflagen) die neueste, umfassendste Fassung ausgewählt wurde. Insgesamt ergab die Suchstrategie einen Dokumentenkörper, der sowohl externe veröffentlichte Richtlinien als auch interne betriebliche Anweisungen umfasst und damit ein breites Spektrum an PSNV-Materialien in Unternehmen abdeckt.

3.2.2.1.3 Dokumentenarten und Quellen

Die analysierten Dokumente stammen aus unterschiedlichen Quellen und repräsentieren vielfältige Dokumentenarten, die für die betriebliche PSNV-Praxis bedeutsam sind. Ein Schwerpunkt lag auf betrieblichen Notfall- und Krisenplänen, in denen Unternehmen das Vorgehen bei unerwarteten schweren Zwischenfällen festlegen. Solche Pläne enthalten oft Abschnitte zur Erstversorgung von Betroffenen, Kommunikationsabläufen und der Einbindung von psychosozialen Unterstützungsangeboten nach einem Unfall oder traumatischen Ereignis. Darüber hinaus wurden praxisorientierte Handlungshilfen und Leitfäden ausgewertet, wie sie von Unfallversicherungsträgern oder der DGUV herausgegeben werden. Diese Broschüren und Informationsblätter richten sich häufig an Arbeitgeber und Führungskräfte und geben Empfehlungen, wie nach Arbeitsunfällen oder anderen Notfällen für die seelische Stabilisierung der Beschäftigten gesorgt werden kann.

Einen weiteren Dokumententyp stellten Schulungs- und Ausbildungskonzepte dar. Hierbei handelt es sich um Unterlagen für Trainings und Unterweisungen, z. B. Seminarkonzepte zur Ausbildung betrieblicher Erstbetreuer in psychologischer Erster Hilfe, Präsentationsfolien für Workshops mit Führungskräften zum Umgang mit traumatisierten Mitarbeitern, oder

E-Learning-Material zur Sensibilisierung der Belegschaft für psychische Belastungen nach Notfällen. Solche Materialien geben Aufschluss darüber, welches Wissen in Unternehmen proaktiv vermittelt wird, um im Ernstfall vorbereitet zu sein. Zusätzlich wurden Ablaufpläne, Checklisten und interne Leitlinien in die Analyse einbezogen. Hierzu zählen beispielsweise schematische Ablaufdiagramme für die ersten 24 Stunden nach einem schweren Unfall (wer ist zu informieren, welche Unterstützungsangebote sind einzuleiten), interne Richtlinien oder Dienst-anweisungen zur psychosozialen Akutbetreuung (etwa ein unternehmensinternes Protokoll, wie Betreuungspersonen zu informieren sind), sowie Formblätter zur Dokumentation von Vorfällen. Schließlich umfasste der Korpus auch Unterweisungsmaterialien für Beschäftigte, etwa Merkblätter oder Infobroschüren, die Mitarbeitern nach einem traumatischen Ereignis ausgehändigt werden (mit Hinweisen auf mögliche psychische Reaktionen und Anlaufstellen für Hilfe). Die Dokumente entstammen damit sowohl unternehmensinternen Quellen (firmeninterne Pläne, Richtlinien) als auch externen fachlichen Quellen (Publikationen der BG/UK, Ministerien, Fachverbände) und bilden zusammen eine fundierte Basis, um die betriebliche PSNV-Praxis aus dokumentarischer Sicht zu beleuchten.

3.2.2.1.4 Datenaufbereitung und Analyseverfahren

Für die Dokumentenanalyse wurden zunächst relevante Dokumente gesammelt und in einer Excel-Datei systematisch zusammengestellt. Dabei erfolgte eine Dokumentation spezifischer Merkmale wie beispielsweise Quelle, Jahr, Art des Dokuments sowie dessen Bezug zu verschiedenen Unfallversicherungsträgern. Im nächsten Schritt wurde diese Excel-basierte Sammlung in das Statistikprogramm SPSS übertragen, um dort deskriptive Auswertungen vornehmen zu können. Ziel dieser quantitativen Auswertung war es unter anderem, die Häufigkeiten der vorliegenden Dokumente zu bestimmen, beispielsweise wie viele Dokumente insgesamt oder für bestimmte Träger und Themenfelder vorlagen.

Im weiteren Verlauf wurde zudem eine inhaltliche Analyse der gesammelten Dokumente vorgenommen. Hierbei wurde untersucht, welche Dokumenttypen besonders häufig oder selten vertreten waren, welche Inhalte dominant waren und bei welchen Unfallversicherungsträgern bestimmte Arten von Dokumenten überwiegend vorhanden waren. Dabei wurden sowohl allgemeine Häufigkeiten als auch spezifische Zusammenhänge und Auffälligkeiten beschrieben. Auf diese Weise konnten Erkenntnisse über die inhaltliche und quantitative Struktur der vorliegenden Dokumente gewonnen werden. Dieses Vorgehen unterschied sich von einer klassischen qualitativen Inhaltsanalyse, da keine deduktiv-induktive Kategorienbildung nach Mayring vorgenommen wurde. Stattdessen stand eine systematische, quantitative und deskriptive Erfassung im Mittelpunkt, ergänzt durch eine qualitative Betrachtung von Auffälligkeiten und Verteilungen der dokumentierten Inhalte.

3.2.2.1.5 Qualitätssicherung

Um die Güte der Dokumentenanalyse sicherzustellen, wurden verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung ergriffen. Ein zentrales Prinzip war die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Auswertung. Dazu wurde der Analyseprozess lückenlos dokumentiert, von der Auswahl der Dokumente über die Entwicklung eines Datensatzes.

3.2.2.1.6 Ethische Aspekte

Da im Rahmen dieses Teilprojekts ausschließlich öffentlich zugängliche Dokumente von Unfallversicherungsträgern oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) analysiert wurden, ergaben sich keine besonderen ethischen Risiken. Es wurden weder personenbezogene Daten erhoben noch interne oder vertrauliche Inhalte verarbeitet. Die Dokumentenanalyse erfolgte auf Grundlage allgemein zugänglicher Informationen, weshalb keine gesonderte Einwilligung oder ethische Freigabe erforderlich war.

3.2.2.2 Studie 4: Intensivbefragung, Interviews Unfallversicherungsträger

Die Interviewstudie hatte das Ziel, vertiefende Einblicke in die Umsetzung, Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe der psychosozialen Notfallversorgung aus Sicht der UVT zu erhalten. Es wurde eine leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviewmethodik gewählt. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis einer PSNV-Matrix und in Anlehnung an bestehende Modelle der DGUV entwickelt. Die Rekrutierung erfolgte anhand einer vorab recherchierten Kontaktliste; angesprochen wurden die jeweils für PSNV zuständigen Fachpersonen der UVT.

3.2.2.2.1 Untersuchungsdesign

In der vorliegenden Studie liegt der Fokus darauf, welche Hilfestellungen bzw. Unterstützungen Unfallversicherungsträger (UVT) im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) für ihre Mitgliedsbetriebe anbieten. Entsprechend wurde ein qualitativ-exploratives Untersuchungsdesign gewählt, um ein möglichst tiefgehendes Verständnis dieser Unterstützungsangebote zu erlangen. Das Studiendesign ist qualitativ-deskriptiv angelegt und stützt sich vor allem auf leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten aus allen deutschen Unfallversicherungsträgern (geplante Vollerhebung von $n = 34$). Dieses Design ermöglicht es, detaillierte Einblicke in Erfahrungen und Meinungen der Befragten zu gewinnen und komplexe sowie sensible Sachverhalte im Kontext der PSNV abzubilden. Interviews gelten hierbei als besonders wertvolles Instrument, um Wissen aus erster Hand systematisch zu erfassen; sie erlauben es, emotionale Reaktionen und subjektive Einschätzungen der Befragten zu erkennen und zu verstehen. Gerade bei einem komplexen und potenziell sensiblen Thema wie PSNV bieten Interviews die Möglichkeit, verschiedene Perspektiven einzuholen und so Muster sowie Unterschiede zwischen den Trägern herauszuarbeiten. Insgesamt liefert dieses Vorgehen einen umfassenden, tiefgehenden Überblick zur Forschungsfrage.

3.2.2.2.2 Screening-Verfahren

Zu Beginn des Teilprojekts wurde ein Screening-Verfahren durchgeführt, um die Grundlage für die Hauptuntersuchung zu legen. In diesem Projekt erfolgte anstelle einer quantitativen Vorab-Befragung ein Dokumentenscreening. Die Ergebnisse daraus wurden genutzt, um den Interviewleitfaden gezielt an bereits bekannte Inhalte anzupassen und Lücken zu identifizieren, die im Interview gezielt erfragt werden sollten. Das Dokumentenscreening definierte zudem Einschlusskriterien für die und stellte sicher, dass im Interview keine bereits öffentlich beantworteten Fragen unnötig wiederholt wurden.

3.2.2.2.3 Entwicklung des Befragungsinstruments (Interviewleitfaden)

Auf Basis der Forschungsziele und der Erkenntnisse aus dem Screening wurde das Befragungsinstrument, ein halbstrukturierter Interviewleitfaden, entwickelt. Interviews ermöglichen es, Erfahrungen und Expertenwissen aus erster Hand gezielt zu erfassen und dabei auch auf emotionale und komplexe Aspekte einzugehen. Sie bieten Raum für Nachfragen und Vertiefungen, sodass tiefergehende Erkenntnisse gewonnen werden können. Zudem lassen sich unterschiedliche Perspektiven systematisch erheben, um ein umfassendes Bild des Forschungsgegenstands zu erhalten. Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wurden mehrere Schritte unternommen:

3.2.2.2.3.1 Literaturgestützte Konzeption

Zunächst wurden die Forschungsfragen klar definiert und der Untersuchungszweck präzise formuliert. Darauf aufbauend wurden relevante theoretische Konzepte und frühere Studien (u. a. DGUV 2017a; DGUV 2015a; DGUV 2022) herangezogen, um zentrale Themenbereiche für das Interview zu identifizieren. In Anlehnung an ein *Verlaufsschema der DGUV (2017)* wurde

eine PSNV-Matrix erstellt, die als strukturiertes Grundgerüst diene. Diese Matrix integrierte bestehende Erkenntnisse und bewährte Verfahren aus der Literatur und half dabei, fundierte Leitfadenfragen abzuleiten. So wurde sichergestellt, dass der Leitfaden die zentralen Aspekte der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen abdeckt.

3.2.2.2.3.2 Fragenkonstruktion

Die Leitfadenfragen wurden überwiegend offen formuliert, um den Befragten Raum für ausführliche Antworten zu geben. Der Leitfaden ist logisch und kohärent aufgebaut: Er beginnt mit allgemeineren Fragen und führt dann schrittweise zu spezifischeren Themen. Diese Anordnung erleichtert den Befragten den Einstieg und fördert ehrliche, detaillierte Ausführungen. Zudem wurde eine verständliche, zielgruppengerechte Sprache gewählt, Fachbegriffe wurden bei Bedarf definiert, damit alle Teilnehmenden die Fragen im gleichen Sinne verstehen.

3.2.2.2.3.3 Anpassung bestehender Instrumente

Soweit möglich wurden bestehende Instrumente oder Fragebeispiele aus früheren Erhebungen berücksichtigt und an die spezifische Zielgruppe (UVT) sowie die Forschungsfragestellung angepasst. Beispielsweise flossen Begriffe und Kategorien aus DGUV-Publikationen (z. B. DGUV 2017b, die ein Gesamtkonzept mit drei Handlungsphasen der PSNV beschreibt) in den Leitfaden ein, um eine vertraute Terminologie für die Interviewpartner zu verwenden. Wo nötig, wurden zentrale Begriffe (z. B. "Notfall" im Unternehmenskontext) als Arbeitsdefinition vorangestellt, damit alle Teilnehmenden dasselbe Verständnis teilen.

Der resultierende Interviewleitfaden deckt alle für die Forschungsfrage relevanten Bereiche ab. Er gliedert sich in fünf Themenblöcke mit Beispielfragen

3.2.2.2.3.3.1 Bereich 1: Indikationen/Notfälle

Erfassung potenzieller Ereignisse im Betrieb, die zu psychischer Belastung führen können (z. B. schwere Arbeitsunfälle, Gewaltvorfälle, Brände). Beispielhafte Fragen: *“Welche Arten von Notfällen können in Ihren Mitgliedsunternehmen auftreten?”*; *“Führen Sie Statistiken zu solchen Notfällen und berücksichtigen Sie dabei auch psychische Belastungen?”*. (Hier wurde auch eine Arbeitsdefinition von "Notfall" eingeführt, gestützt auf Literatur wie Hausmann, 2021 und DGUV 2015a/2017a, um den Befragten Orientierung zu geben.)

3.2.2.2.3.3.2 Bereich 2: Prävention von Notfällen (Primärprävention)

Maßnahmen vor Eintreten eines Notfalls. Fragen zielen darauf ab, präventive Angebote der UVT zu ermitteln. Beispielsweise: *“Welche technischen, organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen zur Prävention von Notfällen mit psychischer Gefährdung empfehlen Sie den Unternehmen?”*. Außerdem wurde gefragt, ob und wie die UVT-Betriebe bei der Implementierung betrieblicher psychologischer Erstbetreuer (bpE) unterstützen, welche Qualitätskriterien für die Ausbildung solcher Erstbetreuer gelten und welche Hemmnisse es ggf. gibt. Auch zuständige Ansprechpartner im Unternehmen für Prävention und eventuelle externe Partner (z. B. Notfallpsycholog:innen) sowie Kontrollmechanismen zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen wurden in diesem Block thematisiert.

3.2.2.2.3.3.3 Bereich 3: Akuthilfe/Sekundärprävention

Unterstützung unmittelbar nach einem Ereignis und in den Tagen/Wochen danach. Hier wurde zunächst gefragt: *“Wie erfahren Sie als UVT von einem Notfall mit psychischer Belastung und welche Schritte leiten Sie dann ein?”*. Es wird ermittelt, wie der UVT entscheidet, ob Unterstützung nötig ist (Indikationsstellung), wie psychische Gefährdungen erfasst werden (z. B. im Rahmen der Unfallmeldung oder Heilverfahrenssteuerung), und ob neben direkt Betroffenen auch Zeugen oder Ersthelfer in den Fokus der Betreuung rücken. Weitere Fragen: *“Wie unterstützen Sie das Unternehmen bei der Akutversorgung der Betroffenen?”*, *“Setzen Sie externe*

Notfallpsychologinnen oder eigene PSNV-Teams ein?“, „Erfolgt eine spezielle Heilverfahrenssteuerung nach solchen Notfällen (ggf. branchenspezifisch) und wer ist dafür verantwortlich?“.* Zudem wurde nach der Überleitung in professionelle Hilfesysteme gefragt, falls längerfristige psychologische Betreuung erforderlich ist, und ob eine Ursachenuntersuchung des Notfalls erfolgt und welche Konsequenzen daraus gezogen werden.

3.2.2.2.3.3.4 Bereich 4: Rehabilitation/Wiedereingliederung (Tertiärprävention)

Maßnahmen zur längerfristigen Unterstützung der Betroffenen. Beispielhafte Leitfragen: *„Welche Weiterführende Betreuung- und Rehabilitationsangebote bietet Ihr Unfallversicherungsträger betroffenen Versicherten an (betrieblich oder außerbetrieblich)?“; „Welche Akteure sind in die Rehabilitation eingebunden und wie verläuft der Kontakt zwischen UVT, Betrieb und Versichertem während der Reha?“; „Wie gestalten Sie den Übergang von der Rehabilitation zur Wiedereingliederung ins Unternehmen und wie unterstützen Sie das Unternehmen dabei?“.* In diesem Abschnitt geht es um Angebote wie psychologische Betreuung, Umschulungen oder stufenweise Wiedereingliederungsprogramme sowie die Zusammenarbeit zwischen UVT, medizinischen Einrichtungen, Versicherten und Arbeitgebern in dieser Phase.

3.2.2.2.3.3.5 Bereich 5: Übergeordnete Fragen

Abschließende Themen wie *Kostenübernahme* und *interne Kooperation*. Hier wurde z. B. gefragt: *„Übernimmt Ihr Unfallversicherungsträger die Kosten für Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention?“* und *„Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen den Präventionsbereichen innerhalb Ihres Hauses (z. B. zwischen Präventionsdienst und Reha-Management) in Bezug auf PSNV-Fälle?“*. Abschließend hatten die Interviewpartner Gelegenheit, weitere Anmerkungen oder Zusatzinformationen zur PSNV in Unternehmen zu geben, um sicherzustellen, dass keine wichtigen Aspekte unbeleuchtet bleiben.

Der vollständige Leitfaden wurde vorab intern getestet und anschließend den potenziellen Interviewteilnehmenden zur Verfügung gestellt, um Transparenz zu schaffen und eine inhaltliche Vorbereitung zu ermöglichen. So wurde gewährleistet, dass der Leitfaden inhaltlich valide und für die Praxis der UVT relevant ist.

3.2.2.2.4 Pre-Test und Qualitätssicherung

Bevor die eigentliche Datenerhebung startete, wurden Pre-Tests und Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt, um die Verständlichkeit und Zuverlässigkeit des Interviewleitfadens sicherzustellen. Konkret erfolgten zwei Schritte:

3.2.2.2.4.1 Kognitives Debriefing mit Expertinnen und Experten

Zunächst wurde der entworfene Interviewleitfaden ausgewählten Fachleuten zur Prüfung vorgelegt. In Zusammenarbeit mit Vertreterinnen der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) und des IAG (Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV) wurde ein kognitives Debriefing durchgeführt. Diese Expertinnen verfügen über umfangreiches Praxiswissen im Bereich PSNV; ihr Feedback half sicherzustellen, dass der Leitfaden präzise, verständlich und vollständig ist (vgl. Bortz & Schuster, 2010). Es wurde geprüft, ob alle wichtigen Themen abgedeckt sind und ob die Fragen eindeutig formuliert sowie angemessen für die Zielgruppe der UVT sind. Durch die Hinweise der Fachpersonen konnten potenziell übersehene Aspekte identifiziert werden. Dieses kooperative Vorgehen steigerte die Inhaltsvalidität des Instruments, da gewährleistet wurde, dass die Fragen tatsächlich das erfassen, was für die Praxis relevant ist.

3.2.2.2.4.2 Probeinterviews

In einem nächsten Schritt wurde der optimierte Leitfaden in der Praxis erprobt. Es wurden sechs Probeinterviews mit Personen durchgeführt, die unterschiedliche fachliche Hintergründe im Arbeitsschutz/PSNV-Kontext haben. Ziel war es, den Interviewablauf unter realistischen

Bedingungen zu testen und dem Interviewer-Team Sicherheit im Umgang mit dem Leitfaden zu geben. Die Probeinterviews offenbarten Schwachstellen in Ablauf oder Formulierung: So zeigte sich, ob einzelne Fragen missverständlich waren, ob die Reihenfolge logisch erschien und wie die Gesprächsdynamik verläuft. Anschließend wurden, basierend auf dem Feedback der Interviewenden und der Proband:innen, Anpassungen vorgenommen. Einige Fragen wurden umformuliert bzw. präzisiert; teilweise wurden zusätzliche Beispiele oder Nachfragen in den Leitfaden eingebaut, um das Verständnis zu erleichtern. Durch diese iterative Überarbeitung wurde die Reliabilität des Instruments erhöht, da ein reibungsloser und einheitlicher Ablauf für alle Interviews gewährleistet werden konnte. Insgesamt trug der Pre-Test maßgeblich dazu bei, die Qualität und Akzeptanz des Befragungsinstruments zu sichern.

3.2.2.2.5 Ethische Begutachtung und Freigabe

Vor Beginn der Datenerhebung wurde das Forschungsvorhaben einer ethischen Prüfung unterzogen. Für die Interviewstudie wurde am 28. Juni 2022 ein Ethikantrag bei der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena eingereicht. Die Unterlagen umfassten den vollständigen Interviewleitfaden sowie eine detaillierte Studienbeschreibung. Darin wurden Zielsetzung, Methodik, Art der Datenerhebung, datenschutzrechtliche Maßnahmen und das Verfahren zur Einwilligung der Teilnehmenden ausführlich dargelegt. Insbesondere wurde betont, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Interviewpartner vorab eine informierte Einwilligung erteilen. Aspekte wie Vertraulichkeit, Anonymisierung der Daten und der Umgang mit möglicherweise sensiblen Angaben wurden gemäß den geltenden Datenschutzrichtlinien (BDSG, DSGVO) beschrieben.

Nach Prüfung aller Unterlagen erteilte die Ethikkommission am 30. Juni 2022 die Freigabe für die Studie ohne Auflagen. Die positive Ethikvotierung stellt sicher, dass das Forschungsvorhaben ethisch vertretbar ist und die Rechte, Sicherheit und das Wohlbefinden der Teilnehmenden gewahrt bleiben. Alle Interviewpartner erhielten vorab schriftliche Informationen zum Studienzweck und Datenschutz und unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Es wurden nur solche personenbezogenen Daten erhoben, die für die Forschungsfrage notwendig sind; sämtliche Daten werden vertraulich behandelt, sicher gespeichert und nach Projektabschluss gemäß den Vorgaben gelöscht. Den Teilnehmenden wurde zudem das Recht eingeräumt, Auskunft über ihre Daten zu erhalten oder einer weiteren Verwendung zu widersprechen. Dieses Vorgehen entspricht den strengen deutschen Datenschutzstandards und wurde transparent kommuniziert.

3.2.2.2.6 Stichprobenbeschreibung

Die Grundgesamtheit für dieses Teilprojekt umfasst alle Unfallversicherungsträger in Deutschland. Es wurde eine Vollerhebung dieser Population angestrebt, um möglichst umfassende Erkenntnisse zu gewinnen. Zum Start der Studie wurden gemäß DGUV-Mitgliederliste 34 UVT identifiziert; durch zwischenzeitliche Fusionen reduzierte sich die tatsächliche Zahl jedoch auf 31 Unfallversicherungsträger, die für ein Interview zur Verfügung standen.

Um etwaige Unterschiede zwischen verschiedenen Trägerarten analysieren zu können, wurde die Stichprobe in vier Kategorien gruppiert (siehe Tabelle 5).

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Tabelle 5: Sollstichprobe

Sollstichprobe Unfallversicherungsträger n = 31/34			
Berufsgenossenschaften n = 9	Unfallkassen n = 12	Feuerwehr- Unfallkassen n = 4	Sonstige Unfallversicherungsträger n = 6
BG Bau	UK Baden- Württemberg	FUK Brandenburg	LUK Niedersachsen & GUV Hannover
BG ETEM	UK Berlin	FUK Mitte	Braunschweigischer GUV
BG HM	UK Freie Hansestadt Bremen	FUK Niedersachsen	GU Oldenburg
BG HW	UK Hessen	Hanseatische FUK Nord	KUVB & LUK Bayern
BG RI	UK Mecklenburg- Vorpommern		SVLFG
BG Verkehr	UK Nord		UV Bund und Bahn
BGN	UK Nordrhein- Westfalen		
BGW	UK Rheinland- Pfalz		
VBG	UK Saarland		
	UK Sachsen		
	UK Sachsen- Anhalt		
	UK Thüringen		

Diese Aufteilung wurde in Abstimmung mit Praktikern gewählt, um vergleichbare Gruppen zu schaffen. Durch die getrennte Auswertung konnte man Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb ähnlicher Trägertypen besser herausarbeiten. Beispielsweise werden alle Feuerwehr-Unfallkassen (inklusive FUK Brandenburg) als eigene Gruppe betrachtet, um deren spezielle Situation sichtbar zu machen, ohne die allgemeinen Unfallkassen zu beeinflussen. Insgesamt wurden so 31 UVT in die Studie einbezogen.

3.2.2.2.6.1 Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Kontaktaufnahme mit den Unfallversicherungsträgern erfolgte strukturiert und transparent. Zunächst wurde das Forschungsprojekt am 1. Juni 2022 im Rahmen eines Online-Treffens der DGUV den Ansprechpersonen aller UVT vorgestellt (siehe Anhang 02: Präsentation Projektvorstellung). In dieser Videokonferenz wurden Ziel und Ablauf der Studie erläutert, um Interesse zu wecken. Im Anschluss daran wurden alle identifizierten Ansprechpartner schriftlich kontaktiert. Die Einladung erfolgte per personalisierter E-Mail, die folgende Informationen und Unterlagen enthielt:

- **Anschreiben mit Projektinformationen:** Eine kurze Vorstellung des Forschungsteams, die Beschreibung des Studienziels und des Nutzens der Untersuchung. Es wurde um Unterstützung gebeten und darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse allen UVT zugutekommen können (etwa durch das Identifizieren von Best Practices in der PSNV).
- **Datenschutzhinweise und Einwilligungserklärung:** Ausführliche Informationen zum Datenschutz (Zweck der Datenerhebung, freiwillige Teilnahme, Anonymisierung,

Widerrufsrecht etc.) gemäß DSGVO. Die Adressaten wurden gebeten, die Einwilligung vor dem Interview zu unterschreiben.

- **Interviewleitfaden (Vorabversion):** Zur Transparenz wurde den UVT der Leitfaden vorab zur Verfügung gestellt. So konnten sich die Gesprächspartner ggf. vorbereiten und interne Informationen einholen.
- **Terminvereinbarung:** Ein Link zu einem Online-Terminplaner (Google Calendar-basiert) ermöglichte es den Adressaten, selbstständig einen passenden Interviewtermin zu buchen. Dies vereinfachte die Koordination und senkte Hürden für die Teilnahme.

In der E-Mail wurde auch ein direkter Kontakt für Rückfragen angeboten. Dieses Vorgehen wurde von vielen UVT positiv aufgenommen. Schließlich erklärten sich alle 31 angeschriebenen UVT zur Teilnahme bereit. Pro UVT wurde in der Regel eine Fachperson (mit Verantwortlichkeit im Bereich Prävention/PSNV) interviewt; in einigen Fällen nahmen zwei Personen gemeinsam teil, um unterschiedliche Aspekte abzudecken.

3.2.2.2.7 Auswertungsverfahren und Datenanalyse

Für die Auswertung der erhobenen Interviewdaten wurde ein mehrstufiges qualitatives Analyseverfahren gewählt, basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ergänzend wurden einfache quantifizierende Schritte durchgeführt, um Ergebnisse zu untermauern. Die Vorgehensweise gliedert sich in folgende Schritte:

3.2.2.2.7.1 Transkription

Alle Interviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden aufgezeichnet (Audio) und anschließend wortgetreu transkribiert. Zur Unterstützung wurde eine KI-gestützte Transkriptionssoftware (Trint©) eingesetzt; die automatischen Transkripte wurden manuell Korrektur gelesen, um hohe Genauigkeit zu gewährleisten. Einheitliche Transkriptionsregeln wurden angewandt. So wurden z. B. verschiedene Sprecher durch Initialen kenntlich gemacht, und nonverbale Äußerungen oder Pausen nur vermerkt, wenn sie inhaltlich relevant waren. Umgangssprache wurde behutsam in Standarddeutsch übertragen, sofern nötig. Zur Wahrung der Vertraulichkeit wurden Personen- und Ortsnamen anonymisiert. Jedes Transkript erhielt einen Code (z. B. *I-BG Bau* für Interview BG Bau) und Zeitstempel zur Referenzierung der Originalaudiostelle. Diese sorgfältige Transkription bildet die Datenbasis für die Analyse.

3.2.2.2.7.2 Kategorieentwicklung (Codebuch)

Die inhaltliche Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Dafür wurde ein Kategoriensystem erstellt, das deduktiv und induktiv gebildet wurde (vgl. Mayring, 2015). Zunächst wurden aus den Forschungsfragen und Leitfadenthemen die Hauptkategorien (deduktiv) abgeleitet. Im vorliegenden Projekt ergaben sich fünf deduktive Hauptkategorien (HK I): (1) Indikationen/Notfälle, (2) Primärprävention, (3) Akuthilfe/Sekundärprävention, (4) Tertiärprävention (Rehabilitation/Wiedereingliederung) und (5) Übergeordnete Aspekte. Diese leiten sich direkt aus der Leitfadenstruktur ab und stellen sicher, dass die Analyse an den zentralen Themen ausgerichtet bleibt. Innerhalb dieser Oberkategorien wurden dann Unterkategorien entwickelt. Viele davon ergaben sich ebenfalls deduktiv aus den Leitfadenfragen (Hauptkategorien II und spezifische Unterkategorien). Beispielsweise wurden unter Primärprävention die Bereiche *technische*, *organisatorische* und *personenbezogene Maßnahmen* bereits vorab festgelegt. Andere feiner granulare Kategorien wurden induktiv aus dem Material herausgebildet, um unerwarteten Aspekten gerecht zu werden. So entstand ein hierarchisches Kategoriensystem, das sowohl theoriegeleitete Erwartungen abbildet als auch neue Themen aus den Interviews aufnehmen kann. Für jede Kategorie wurde im Codebuch eine klare Definition mit Beispielen festgehalten, um eine einheitliche Zuordnung durch die Kodierenden zu

gewährleisten. Dieses regelgeleitete Vorgehen fördert die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Analyse (Mayring, 2015).

3.2.2.2.7.3 Kodierung und qualitative Inhaltsanalyse

Die Transkripte wurden mit Hilfe der Software MAXQDA© ausgewertet. Zwei unabhängige Kodierer markierten relevante Textstellen und ordneten ihnen die passenden Kategorien zu. Nicht relevante Passagen (z. B. organisatorische Gesprächsteile) blieben unkodiert. Die Kodierung erfolgte iterativ in mehreren Durchgängen, um eine hohe Vollständigkeit sicherzustellen. Während der ersten Kodierphasen wurde das Categoriesystem noch verfeinert: Wenn ein Abschnitt nicht zu den bestehenden Codes passte, wurde das Codebuch nachjustiert (Definition präzisiert oder neue Kategorie angelegt). Alle Änderungen wurden im Team diskutiert und einstimmig festgelegt, um die Verlässlichkeit zu gewährleisten. Nach Abschluss der Kodierung wurden für jede Kategorie alle zugehörigen Textstellen zusammengestellt und inhaltlich zusammengefasst. Dadurch ließen sich pro Kategorie Kernaussagen formulieren, welche die Essenz der jeweiligen Thematik über alle Interviews hinweg wiedergeben.

3.2.2.2.7.4 Interpretation und einfache Häufigkeitsauswertung

Aufbauend auf den kategorisierten Inhalten wurden die Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert. Es wurde analysiert, welche Muster erkennbar sind (z. B. ähnliche Unterstützungsangebote innerhalb einer Trägergruppe) und wo Ausreißer oder Besonderheiten auftreten (z. B. innovative Einzelmaßnahmen eines Trägers). Diese Interpretationen wurden mit Literatur und fachlichem Vorwissen abgeglichen. Zusätzlich wurden die Auftretenshäufigkeiten bestimmter Kategorien quantifiziert, um Schwerpunkte zu illustrieren. Beispielsweise wurde erfasst, wie viele UVT von bestimmten Maßnahmen berichteten (etwa *x von 9 BG erwähnen Maßnahme Y*). Solche Zahlen wurden in Tabellen oder Diagrammen aufbereitet, dienen jedoch primär der Veranschaulichung und nicht einer inferenzstatistischen Analyse. Die Kombination aus qualitativer Tiefenanalyse und quantitativer Frequenzbetrachtung entspricht einem einfachen Mixed-Methods-Ansatz: Sie liefert inhaltlich reichhaltige Befunde und zeigt zugleich, welche Aspekte besonders verbreitet sind.

3.2.2.2.8 Gütekriterien und Qualitätssicherung

Um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse sicherzustellen, wurden etablierte Gütekriterien der qualitativen Forschung berücksichtigt (Mayring, 2015; Misoeh, 2019):

- **Dokumentation und Transparenz:** Der Analyseprozess wurde vollständig dokumentiert (von Transkriptionsregeln über Kategorienentwicklung bis zur Ergebnisableitung). Dieses Audit-Trail ermöglicht es Dritten nachzuvollziehen, wie die Schlussfolgerungen zustande kamen. Das Forschungsteam hat außerdem sein Vorverständnis offengelegt (z. B. eigene Erfahrung im Arbeitsschutz), um mögliche Interpretationsbias zu reflektieren.
- **Regelgeleitetheit:** Die Auswertung folgte vordefinierten Kodierregeln und einem Codebuch. Dies erhöht die Objektivität des Vorgehens. Gleichzeitig wurde flexibel reagiert, wenn das Datenmaterial neue Erkenntnisse nahelegte, solche Abweichungen von den Regeln wurden begründet dokumentiert.
- **Nähe zum Gegenstand:** Die Datenerhebung fand in engem Kontakt mit dem Feld statt (direkte Interviews mit den UVT). Durch die Vollerhebung und die dialogische Interviewsituation ist gewährleistet, dass die Perspektive der Praxis umfassend einfließt und die Lebenswelt der Befragten adäquat abgebildet wird.
- **Kommunikative Validierung:** Nach der Auswertung wurden zentrale Ergebnisse stichprobenartig mit ausgewählten Interviewpartnern gespiegelt. In diesen Rückmeldungsrunden bestätigten die Teilnehmenden weitgehend die Interpretationen; bei

Unklarheiten konnten Missverständnisse bereinigt werden. Dieses Feedback erhöht die Validität der Ergebnisse, da überprüft wurde, ob die Betroffenen sich korrekt verstanden fühlen.

- **Triangulation:** Innerhalb des Forschungsprojekts wurden verschiedene Datenquellen und Perspektiven einbezogen. So konnten wir Ergebnisse der Dokumentenanalysen mit den Interviewaussagen abgleichen (Daten-Triangulation) und es wirkten mehrere Forschende an der Analyse mit (Investigator-Triangulation). Auch wurden theoretische Konzepte aus verschiedenen Quellen herangezogen, um die Befunde zu interpretieren. Durch diesen Methoden- und Beobachter-Triangulationsansatz wurde die Robustheit der Befunde gestärkt, indem konsistente Ergebnisse über unterschiedliche Zugänge hinweg die Befunde stützen.

3.2.2.2.8.1 Interdecoder-Reliabilität

Ein besonderes Augenmerk lag auf der Übereinstimmung zwischen den Kodierern. Um die Interdecoder-Reliabilität zu prüfen, wurde ein Teil des Materials von zwei Personen unabhängig kodiert und die Codierungen wurden verglichen. Die prozentuale Übereinstimmung der vergebenen Codes lag bereits hoch. Darüber hinaus wurde Cohen's Kappa berechnet (Cohen et al., 2013), um die Zufallsbereinigung zu berücksichtigen. Unter diesen Voraussetzungen kann die Datenauswertung als sowohl verlässlich (reliabel) als auch valide angesehen werden.

3.2.2.2.9 Anreizsysteme zur Teilnahme

Da es sich bei den Unfallversicherungsträgern um institutionelle Stakeholder handelt, standen klassische monetäre Anreize nicht im Vordergrund. Stattdessen wurde mit inhaltlichem Mehrwert gearbeitet, um die Teilnahmebereitschaft zu fördern. Im vorliegenden Teilprojekt war der zentrale Anreiz die Rückmeldung der Studienergebnisse an die Teilnehmenden. Konkret wurde allen UVT zugesichert, nach Abschluss der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu erhalten. Auf Wunsch wurden auch individuelle Ergebnisse im vertraulichen Rahmen diskutiert. Für die UVT ist dies attraktiv, da sie Einblicke darin gewinnen, wie andere Träger PSNV-Unterstützung umsetzen und wo möglicherweise Optimierungspotenzial besteht.

3.2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen im Überblick:

- Nach Einschätzung der Unfallversicherungsträger liegt ihr Schwerpunkt im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung auf informations- und beratungsorientierten Maßnahmen, während weiterführende praktische Unterstützungsangebote nach eigenen Angaben teilweise noch ausgebaut werden sollen.
- Die Umsetzung und Finanzierung präventiver und weiterführender Betreuungs-Maßnahmen wird aus Sicht der Träger unterschiedlich gehandhabt; als zentrale Herausforderungen nennen sie Ressourcenknappheit sowie fehlende Standardisierung.
- Aus Sicht der Unfallversicherungsträger liegt die Verantwortung für PSNV im Betrieb vor allem bei den Betriebsleitungen, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen und -ärzten; die Zusammenarbeit mit externen Anbietenden ist durch Neutralitätsverpflichtungen teilweise eingeschränkt.
- Für die zukünftige Entwicklung sehen die Unfallversicherungsträger insbesondere den Ausbau digitaler Formate, eine bessere interne Vernetzung sowie gezielte Qualifikationsmaßnahmen als zentrale Handlungsfelder für eine effektivere Psychosoziale Notfallversorgung.

3.2.3.1 Studie 3: Dokumentenscreening

Für das Screening der Unterstützungsangebote psychosozialer Notfallversorgung wurden insgesamt 118 relevante Dokumente von 31 Unfallversicherungsträgern identifiziert und ausgewertet. Die Dokumente stammen zu etwa gleichen Teilen aus vorab bereitgestellten Materialien der Träger (13 UVT) sowie aus systematischer Internetrecherche (18 UVT). Berücksichtigt wurden dabei neben allgemeinen Richtlinien und Informationsbroschüren insbesondere auch spezifische DGUV-Publikationen und branchenspezifische Leitfäden. Die Auswertung erfolgte differenziert nach Trägertypen: Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Feuerwehr-Unfallkassen und sonstige Unfallversicherungsträger. In einigen Fällen erschwerte eine eingeschränkte Suchfunktion der Websites die vollständige Erfassung des verfügbaren Materials.

3.2.3.2 Studie 4: Interviews mit Unfallversicherungsträgern

Für die vertiefende Analyse wurden Interviews mit insgesamt 23 der 31 kontaktierten Unfallversicherungsträger geführt (Teilnahmequote: 74,2 %). Die Zusammensetzung der Stichprobe spiegelt die reale Struktur der deutschen UVT-Landschaft wider und umfasst sieben Berufsgenossenschaften, sieben Unfallkassen, drei Feuerwehr-Unfallkassen und vier sonstige UVT. Die methodische Qualität der qualitativen Inhaltsanalyse wird durch eine sehr hohe Interrater-Reliabilität (Cohen's Kappa = 0,917; $p < 0,01$) bestätigt. Der Interviewleitfaden deckte zentrale Aspekte der PSNV ab, darunter Prävention, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Rehabilitation, Kostenübernahme und Kooperationsstrukturen. Die nachfolgenden Abschnitte differenzieren die Ergebnisse entlang der beiden Forschungsfragen und heben gruppenspezifische Besonderheiten der verschiedenen UVT-Typen hervor.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus dem Dokumentenscreening und den Interviews dargestellt, um die Forschungsfragen zu beantworten.

3.2.3.3 Forschungsfrage 3: Welche Hilfestellungen bzw. Unterstützungen bieten Unfallversicherungsträger im Bereich PSNV für ihre Mitgliedsbetriebe an?

3.2.3.3.1 Studie 3: Dokumentenscreening

Zur inhaltlichen Aufschlüsselung wurden die Daten auch separat in vier Gruppen betrachtet: Berufsgenossenschaften (BG), Unfallkassen (UK), Feuerwehr-Unfallkassen (FUK) und sonstige Unfallversicherungsträger (Sonstige) (siehe Tabelle 6). Die am häufigsten gefundene Dokumente waren die DGUV Vorschrift 25 zur Überfallprävention, die Broschüre „Trauma, was tun?“, die DGUV Information 206-023 zu betrieblicher psychologischer Erstbetreuung und die DGUV Information 205-027 zur Prävention von Übergriffen auf Einsatzkräfte. Die Recherche war bei vier Unfallversicherungsträgern besonders schwierig, bedingt durch die eingeschränkte Zugänglichkeit und Suchfunktion auf den Websites. Dies erschwerte die Auffindbarkeit branchenspezifischer Informationen erheblich. Träger mit mehr als zehn Dokumenten wiesen oft eine branchenspezifische Spezialisierung auf, die jedoch durch fehlende Querverweise und die Struktur der Websites schwer zu identifizieren war.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik zu den Dokumenten der Unfallversicherungsträger

Lageparameter	Gesamt	BG	UK	FUK	Sonstige
Anzahl der erhobenen Unfallversicherungsträger	31	9	12	4	6
Arithmetisches Mittel der vorhandenen Dokumente je Träger	6,06	6,78	6	3,5	6
Dokumenten-Minimum je Träger	1	1	1	1	2
Dokumenten-Maximum je Träger	24	15	24	7	12

3.2.3.3.2 Studie 4: Intensivbefragung

Die nachfolgende Darstellung orientiert sich am Aufbau des Interviewleitfadens.

3.2.3.3.2.1 Prävention von Notfällen

Nach Einschätzung der Unfallversicherungsträger sollten Präventionsmaßnahmen in ihren Mitgliedsbetrieben ein breites Spektrum technischer, organisatorischer und personenbezogener Ansätze abdecken. Tabelle 7 zeigt, welche Maßnahmen aus Sicht der Unfallversicherungsträger besonders häufig als wirksam empfohlen werden.

Die Unfallversicherungsträger betonen, dass sie ihre Mitgliedsbetriebe vorrangig durch ihre Internetpräsenz (95,2 %), gezielte Beratungstätigkeit (90,5 %) sowie die Bereitstellung relevanter Dokumente (81 %) im Bereich der Prävention unterstützen. Sie heben hervor, dass sie größtenteils die Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuender (bpE) durch finanzielle Entlastungen (52,4 %) und kostenfreie Seminare (38,1 %) fördern.

Tabelle 7: Vor Unfallversicherungsträgern empfohlene Präventionsmaßnahmen

Technische Maßnahmen	N	%	Organisatorische Maßnahmen	N	%	Personenbezogene Maßnahmen	N	%
Notrufsystem	9	42,9	Gefährdungsbeurteilung	16	76,2	Deeskalationstraining	14	66,7
Beleuchtung	7	33,3	Notfallkonzept/-plan	15	71,4	Unterweisung	13	61,9
Fluchtweggestaltung	7	33,3	Alleinarbeit vermeiden	11	52,4	spezialisierte Ausbildung	13	61,9
Videoüberwachung	5	23,8				Qualifizierung von Mitarbeitenden	8	38,1

Aus Sicht der Unfallversicherungsträger stellen Neutralitätsverpflichtungen (14,3 %) und Rollenkonflikte (9,5 %) zentrale Herausforderungen dar. Die Verpflichtung zur Neutralität wird so verstanden, dass keine bestimmten externen Anbieter empfohlen werden dürfen, beispielsweise bei der Auswahl von Weiterbildungsanbietern für bpE, um Unparteilichkeit zu gewährleisten.

Die Unfallversicherungsträger benennen Fachkräfte für Arbeitssicherheit (85,7 %), Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie die Betriebsleitungen (jeweils 42,9 %) als die wichtigsten Ansprechpersonen für Psychosoziale Notfallversorgung im Betrieb. Nach Ansicht der Unfallversicherungsträger liegt die Verantwortung für die Implementierung und Steuerung von

Präventionsmaßnahmen vorrangig bei den Betriebsleitungen (81 %) und Führungskräften (47,6 %), während die praktische Umsetzung ebenfalls vor allem durch Betriebsleitungen (81 %) und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (66,7 %) erfolgt.

In den Interviews betonen die Unfallversicherungsträger, dass ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen (90,5 %), eine positive Betriebskultur (61,9 %) und Erfahrungen mit früheren Notfällen (57,1 %) entscheidende Gelingensbedingungen darstellen. Als häufige Herausforderungen nennen sie aus ihrer Perspektive Ressourcenknappheit (38,1 %), eine negative Einstellung zum Arbeitsschutz (28,6 %) und Personalwechsel (19,0 %).

Zur Sicherstellung der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sehen die Unfallversicherungsträger insbesondere den Einsatz von Aufsichtspersonen (76,2 %), regelmäßige Gefährdungsbeurteilungen (42,9 %) und Arbeitsstättenbesichtigungen (38,1 %) als zentral an. Für die Zukunft nennen die Unfallversicherungsträger den Ausbau von Schulungen (23,8 %), Onlinemodulen und Seminarangeboten (9,5 %) sowie Auffrischkursen und mehr Erfahrungsaustausch im Bereich der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (je 9,5 %) als wichtige Ansatzpunkte. Außerdem betonen sie die Notwendigkeit, verstärkt mit externen Partnern zu kooperieren, um die Wirksamkeit der Prävention durch die Einbindung vielfältiger Fachkompetenzen weiter zu erhöhen.

3.2.3.3.2.2 Akuthilfe und Weiterführende Betreuung

In den Interviews hoben die Unfallversicherungsträger hervor, dass die Akutversorgung in der Verantwortung der Betriebe liegt. Aus Sicht der Unfallversicherungsträger bieten sie jedoch Unterstützung durch Sorgentelefone oder Hotlines (52,4 %), externe Anbietende (28,6 %) sowie Psychologinnen und Psychologen vor Ort (23,8 %) an. Auch die Einbeziehung ehrenamtlicher Notfallseelsorge (28,6 %) und betrieblicher psychologischer Erstbetreuer (23,8 %) wird von ihnen als sinnvoll empfohlen. Die Unfallversicherungsträger gaben an, dass Notfälle je nach Ereignis unterschiedlich gemeldet werden: 61,9 % sagten, der Zeitpunkt sei vom Ereignis abhängig, 23,8 % erfolgen am gleichen oder nächsten Tag und 9,5 % innerhalb einer Stunde. Die Meldungen erfolgen, laut Unfallversicherungsträgern, am häufigsten schriftlich (66,7 %), telefonisch (47,6 %) oder über Dritte (33,3 %).

Aus Sicht der Unfallversicherungsträger besteht die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung für negative psychische Beanspruchungen. Augenzeuginnen und Augenzeugen sowie Ersthelfende werden nach Angabe der Unfallversicherungsträger durch Unfallanzeigen (90,5 %) und aktive Nachfrage (76,2 %) identifiziert, wobei Schwierigkeiten bei der Identifikation und Datenschutzbedenken genannt werden. Es ist möglich, dass Unfallanzeigen für Zeuginnen, Zeugen und Ersthelfende separat geschrieben werden, wobei die Unfallversicherungsträger anmerken, dass häufiger jedoch keine separate Unfallanzeige für sie erstellt wird, sondern sie in den Unfallanzeigen der Betroffenen unter dem Punkt „Augenzeugen“ oder in der detaillierten Beschreibung auftauchen.

Für die weitere Weiterführende Betreuung nennen die Unfallversicherungsträger die Art und Schwere des Ereignisses (95,2 %), psychologische Einschätzungen (90,5 %) und ärztliche Diagnosen (42,9 %) als Basis. Zu den von den Unfallversicherungsträgern genannten Maßnahmen zählen die direkte Vermittlung, schnelle Probatorik und individuelle Fallbetrachtung (jeweils 100 %) sowie die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten (95,2 %).

3.2.3.3.2.3 Rehabilitation und Wiedereingliederung

Die Unfallversicherungsträger benennen das Psychotherapeutenverfahren als häufigste Maßnahme in der Rehabilitation (100 %), wobei Rückmeldungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten laut 57,1 % der Befragten die weitere Behandlung prägen. Das Psycho-

therapeutenverfahren bezieht sich auf die therapeutischen Maßnahmen und Behandlungspläne, die von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erstellt und durchgeführt werden, um psychische Erkrankungen zu behandeln und die Rehabilitation zu unterstützen. Zusätzlich bewerten die Unfallversicherungsträger das Angebot über die fünf probatorischen Sitzungen (28,6 %) als wichtig. Stationäre Maßnahmen wurden von 71,4 % als relevant erachtet. Ein direkter Kontakt zu den Betroffenen wurde von 71,4 % der Unfallversicherungsträger als Teil des Rehabilitationsprozesses beschrieben, wobei der Kontakt telefonisch (47,6 %), persönlich (38,1 %) und schriftlich (38,1 %) erfolgt. Der Übergang von der Rehabilitation zur Wiedereingliederung wurde von den Unfallversicherungsträgern als fließend beschrieben (81,0 %), mit individuell abgestimmten Maßnahmen (61,9 %) und der Möglichkeit einer parallelen Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und beruflicher Tätigkeit (42,9 %).

Die Bemühungen um eine Wiedereingliederung umfassten laut Unfallversicherungsträgern die Teilnahme an Gesprächen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (85,7 %), Schulungen und Qualifizierungen (57,1 %) sowie Arbeits- und Belastungserprobungen (47,6 %). Ein multidisziplinärer und kollaborativer Ansatz wird von den Unfallversicherungsträgern betont, um die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen.

3.2.3.3.2.4 Kostenübernahme und Zusammenarbeit

Die Kostenübernahme durch die Unfallversicherungsträger in der Psychosozialen Notfallversorgung gliedern die Interviewten in drei Hauptbereiche. Im Bereich der Prävention umfassen die Maßnahmen vor allem Beratung und Überwachung (71,4 %). Seminare und Broschüren waren ebenfalls ein wichtiger Bestandteil (66,7 %). Diese Maßnahmen wurden von den Unfallversicherungsträgern als kostenneutral beschrieben. Darüber hinaus benennen sie die Förderung der Ausbildung zur betrieblich psychologischen Erstbetreuung von 52,4 % der Befragten als relevant. Bei der Akuthilfe und Weiterführende Betreuung nennen die Unfallversicherungsträger spezifische Beratungsangebote vor Ort in den Betrieben (9,5 %), ein Netzwerk zur Psychosozialen Notfallversorgung (4,8 %), mögliche Kostenübernahme (4,8 %) und Unterstützung in der Akuthilfe und Weiterführende Betreuung (4,8 %). Der Bereich der Rehabilitation und Wiedereingliederung umfasst laut den Unfallversicherungsträgern die Rehabilitationsphase (57,1 %). Berufliche, soziale und medizinische Rehabilitation wurden von 42,9 der Befragten genannt, während 33,3 % der Befragten auf alle geeigneten Mittel und Behandlungsmaßnahmen hinwiesen.

Im Rahmen der Interviews wurde gefragt, wie aus Sicht der Unfallversicherungsträger die Zusammenarbeit innerhalb der UVT zur Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben verläuft. Die häufigsten Antworten waren der Informationsaustausch (90,5 %), die Abstimmung an Schnittstellen (47,6 %) sowie die Vernetzung (42,9 %). Verbesserungsbedarf sahen die Unfallversicherungsträger bei mangelnder Vernetzung (9,5 %), starken Hierarchien (4,8 %) und unzureichenden Prozessen (4,8 %).

3.2.3.4 Forschungsfrage 4: Welche Ideen und Pläne haben die Unfallversicherungsträger, wie Unternehmen zukünftig bei der psychosozialen Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext unterstützt werden können?

3.2.3.4.1 Studie 3: Screening

Die analysierten Dokumente beziehen sich überwiegend auf bereits etablierte Informationsmaterialien und Handlungsleitfäden. Hinweise auf strategische Weiterentwicklungen oder geplante Maßnahmen finden sich in den Dokumenten nicht.

3.2.3.4.2 Studie 4: Intensivbefragung

Angesichts der wachsenden Relevanz psychosozialer Notfallversorgung geben viele Unfallversicherungsträger an, ihre bisherigen Maßnahmen zu reflektieren und gezielt Strategien zu entwickeln, wie sie Unternehmen künftig noch wirksamer bei plötzlich auftretenden Extremsituationen unterstützen können. Die in den Interviews von den Unfallversicherungsträgern geplanten Maßnahmen fokussieren sich sowohl auf die allgemeine Förderung von Arbeits- und Gesundheitsschutz als auch auf spezifische Angebote im Bereich PSNV. Dabei wird aus Sicht der Unfallversicherungsträger deutlich, dass neben klassischen Präventionsmaßnahmen zunehmend auch digitale Formate, branchenspezifische Lösungen und strukturelle Verbesserungen angestrebt werden.

3.2.3.4.2.1 Berufsgenossenschaften (n = 7)

Im Rahmen der geplanten Unterstützungsstrategien nannten die befragten Berufsgenossenschaften insgesamt 19 Einzelmaßnahmen, davon 11 im Bereich des allgemeinen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und 8 mit direktem Bezug zur psychosozialen Notfallversorgung. Allgemein wurde u. a. die Durchführung digitaler Vorträge angestrebt, die eine größere Reichweite in den Mitgliedsunternehmen ermöglichen sollen. Schulungen zur Verantwortung im Arbeitsschutz, Kampagnen zur Förderung einer Präventionskultur sowie die Auswertung von Unfallhäufigkeiten mit dem Ziel der Schwerpunktbildung wurden ebenfalls genannt. Weitere Maßnahmen umfassen die Aktualisierung bestehender Angebote, Online-Seminare für Führungskräfte sowie Pilotseminare zur individuellen Prävention. Im spezifischen Kontext der PSNV stehen der geplante Ausbau bestehender PSNV-Strukturen sowie die Positionierung und Aufarbeitung des aktuellen wissenschaftlichen Stands im Fokus. Darüber hinaus sollen Augenzeuginnen und -zeugen künftig stärker in die Unfallemelderubrik einbezogen und branchenspezifische Seminare, z. B. zum Umgang mit konfliktbereiten Kundinnen und Kunden, angeboten werden. Die Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuerinnen und Erstbetreuer, ein Präventionsangebot zur Psychoedukation und Erstdiagnostik sowie der Aufbau einer digitalen Austauschplattform für bpE wurden von den Berufsgenossenschaften als weitere relevante Maßnahmen benannt.

3.2.3.4.2.2 Unfallkassen (n = 7)

Auch die befragten Unfallkassen benannten eine Vielzahl an Zukunftsplänen, wobei sie einen besonders starken Fokus auf PSNV-spezifische Maßnahmen legten (insgesamt 10 Antworten, gegenüber 3 im Bereich des allgemeinen Arbeitsschutzes). Allgemeine Maßnahmen umfassen die Erhöhung der Anzahl durchgeführter Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastung, ein Projekt zu Großschadensereignissen sowie die Überarbeitung der Internetpräsenz zur besseren Informationsbereitstellung. Im Bereich PSNV planen die Unfallkassen nach eigener Aussage u. a. die Durchführung von Seminaren für bpE, den Ausbau von Unterstützungsangeboten sowie verstärkte Aufklärungsarbeit zu psychischen Gesundheitsschäden als potenziell meldefähige Arbeitsunfälle. Weitere Ideen beinhalten den Ausbau der Primär- und Sekundärprävention im Bereich psychischer Belastungen, die interne Vernetzung innerhalb des Unfallversicherungssystems sowie die Evaluation bestehender Seminarprogramme. Auch die Durchführung regelmäßiger Auffrischkurse für bpE sowie konzeptionelle Überlegungen, deren Umsetzung jedoch als innerhalb der UVT-Strukturen herausfordernd beschrieben wurde, wurden von den Unfallkassen genannt.

3.2.3.4.2.3 Feuerwehr-Unfallkassen (n = 3)

Die befragten Feuerwehr-Unfallkassen formulierten jeweils zwei Maßnahmen im Allgemeinen sowie im PSNV-spezifischen Bereich. Im Bereich des allgemeinen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist nach Angaben der Feuerwehr-UVK die Entwicklung eines Onlinemoduls zur

psychischen Gefährdungsbeurteilung vorgesehen, das eine niedrigschwellige Erfassung psychischer Belastungen ermöglichen soll. Darüber hinaus soll nach Einschätzung der Feuerwehr-Unfallkassen das bestehende Seminarangebot erweitert werden. Im Bereich PSNV planen die Feuerwehr-UVK, die Übernahme gelungener Maßnahmen anderer Unfallversicherungsträger und deren Umsetzung im eigenen Wirkungsbereich. Zudem ist nach Angaben der Feuerwehr-UVK die Durchführung von Umfragen bei Einsatzkräften zu Gewalterlebnissen angedacht, um darauf basierend konkrete Maßnahmen zur Unterstützung abzuleiten.

3.2.3.4.2.4 Sonstige Unfallversicherungsträger (n = 4)

Auch unter den sonstigen Unfallversicherungsträgern wurden in den Interviews eine Reihe zukunftsorientierter Maßnahmen benannt (4 allgemein, 5 PSNV-spezifisch). Im allgemeinen Bereich betonten sie die Notwendigkeit eines erweiterten Beratungsportfolios sowie eine stärkere Fokussierung auf Themen wie Resilienz und Gesundheitsförderung. Die Einrichtung von Fokusgruppen zur Prüfung betriebspezifischer Unterstützungsbedarfe wurde als weiterer Ansatz genannt. PSNV-spezifisch wurden von den sonstigen Unfallversicherungsträgern die Kontrolle der Umsetzung der UVV-Überfallprävention in Gefährdungsbeurteilungen und Notfallplänen, eine geplante Großveranstaltungsreihe zur PSNV sowie Auffrischkurse und Erfahrungsaustauschformate für bpE vorgesehen. Zudem wurde eine gezielte Schulung zum Umgang mit Menschen, die einen Notfall miterlebt haben, von den UVT als wichtiger Zukunftsaspekt hervorgehoben.

3.2.4 Diskussion

3.2.4.1 Forschungsfrage 3

Unfallversicherungsträger (UVT) stellen nach eigener Aussage ihren Mitgliedsbetrieben ein breites Spektrum an Hilfen im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) zur Verfügung. Dabei zeigen sich in der Prävention vor allem informations- und beratungsorientierte Angebote. Wie die UVT berichten, unterstützen sie ihre Mitgliedsunternehmen durch ausführliche Internetangebote (95,2 % der Befragten) sowie durch persönliche Beratung und bereitgestellte Dokumente (jeweils um 80 - 90 %). Schulungen und Leitfäden zu Themen wie Kommunikation, Stress- und Gewaltprävention werden in vielen Fällen kostenfrei oder bezuschusst angeboten. Das DGUV-Informationsblatt 205-038 und weitere Empfehlungen werden von den UVT als wichtig betont, ebenso die Bedeutung solcher Primärpräventionsmaßnahmen (z. B. Deeskalationstrainings, Gefährdungsbeurteilungen) für eine effektive PSNV.

In der Akuthilfe sehen die UVT nach eigener Einschätzung zwar primär die betriebsinternen Akteure in der Verantwortung, bieten aber nach Möglichkeit Begleitung und Betreuung an. Mehr als die Hälfte der UVT geben an, Sorgentelefone oder Hotlines für Betroffene einzurichten (ca. 52 %). Zudem kooperieren nach eigener Aussage viele Träger mit externen psychosozialen Anbietenden, etwa mit traumaspezifischen Beratungsstellen oder Psychotherapeuten, die bei Großschadensereignissen vor Ort gerufen werden können. Freiwillige Notfallseelsorger werden von rund 29 % der UVT explizit als Akuthilfe genannt. Parallel empfehlen UVT teilweise den Einsatz betrieblich psychologischen Erstbetreuenden, die sie selbst ausbilden, oft gefördert durch kostenfreie Seminare und Bezuschussung. Bei der Meldung von Unfällen und Belastungssituationen favorisieren nach Angaben der UVT diese hauptsächlich schriftliche und telefonische Meldewege, wobei Sensibilisierung für psychische Folgen betont wird.

In der Weiterführende Betreuung und Rehabilitation kooperieren UVT nach eigenen Angaben eng mit Unternehmen und Gesundheitsdiensten, um Betroffene nachhaltig zu begleiten. Als zentrales Instrument gilt hier das Psychotherapeutenverfahren: Alle befragten UVT geben an,

dieses Verfahren bei psychischen Folgen von Notfällen einzuleiten (100 %). Dabei werden meist bis zu fünf probatorischen Sitzungen angeboten und in vielen Fällen stationäre Maßnahmen angeboten (71 % der Träger nennen stationäre Rehabilitation). Der Kontakt zu den Betroffenen wird nach Angaben der UVT regelmäßig, telefonisch, persönlich oder schriftlich (jeweils etwa 40 %) gehalten. Beim Übergang zur Wiedereingliederung setzen über 80 % der UVT nach eigener Aussage auf individuelle, fließende Übergänge und stellen sicher, dass Arbeitsbelastung und Therapien koordiniert erfolgen. Die Wiedereingliederung nach längerer Ausfallzeit wird von UVT u. a. über das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und Qualifizierungsmaßnahmen gefördert. Damit sehen die UVT ihre Angebote im Einklang mit den Empfehlungen, Betroffene „optimal zu unterstützen“ (DGUV, 2017b) und Gesundheit, Teilhabe und Stabilität zu sichern.

Bei der Kostenübernahme zeigen sich je nach UVT-Typ Unterschiede. Generell gilt: Nach Einschätzung der UVT finanzieren sie in der Primärprävention viele Maßnahmen (Schulungen, Beratung, Broschüren) meist kostenneutral. Berufsgenossenschaften geben an, in der Primärprävention eine breite Palette von Angeboten komplett gratis zu unterstützen, Unfallkassen bieten Seminare und Beratung ebenfalls kostenfrei bzw. mit Projektförderung an, Feuerwehr-UK stellen vielfältige Hilfen bereit (wenn auch nicht immer zu 100 %). In der Sekundärprävention variieren die Regelungen stärker: Einige Unfallkassen übernehmen gezielt Kosten, andere überlassen die Finanzierung nach eigener Aussage den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. In der Tertiärprävention (Reha und Wiedereingliederung) übernehmen UVT nach eigenen Angaben im Versicherungsfall prinzipiell alle entstehenden Kosten für Rehabilitation, Heilbehandlungen und Wiedereingliederung. Damit entsprechen die UVT ihrer Ansicht nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 193 SGB VII), wonach UVT bei Arbeitsunfällen umfassend zahlen. Trotz dieser Leistungen heben die UVT hervor, dass eine transparente Kommunikation über Kostenzusagen wichtig ist, um Unsicherheit bei Betroffenen zu vermeiden.

Die Zusammenarbeit innerhalb der UVT sowie mit externen Partnern wird von vielen Befragten als ambivalent beschrieben. Positiv hervorgehoben wird ein gemeinsamer Informationsaustausch und abgestimmte Schnittstellen zwischen Prävention und Rehabilitation (u. a. gemeinsame Leitfäden, regelmäßige Austauschformate). Negative Aspekte wurden mangelhafte Vernetzung und stark ausgeprägte Hierarchien genannt, die den bereichsübergreifenden Austausch hemmen. Beispielhaft nannten UVT fehlende (gegenseitige) Information, sodass Präventions- und Reha-Abteilungen oft getrennt operieren statt als „integriertes Team“ zu agieren. Auch die Kooperation mit externen Akteuren (z. B. Rettungsleitstellen, Kliniken, psychosozialen Fachdiensten) ist nach Angaben der UVT nicht immer flächendeckend institutionalisiert. Dennoch sehen sich UVT im Projektbericht als „Koordinator und Unterstützer“ der PSNV-Partner (DGUV 2017a), was sowohl in den Interviews als auch in den Dokumenten als Zielbild erscheint.

3.2.4.1.1 Gruppenspezifische Unterschiede

Nach den interviewanalytischen Ergebnissen aus Sicht der Unfallversicherungsträger zeigen sich gruppentypische Schwerpunkte. Berufsgenossenschaften (BGen) berichten, dass sie oft über eigene Versorgungsstrukturen verfügen. Sie geben an, Sorgentelefone, regional tätige Notfallpsychologinnen und -psychologen zu unterhalten und Unternehmen mit dem Reha-Management sowie kirchlicher Notfallseelsorge zu vernetzen. Externe PSNV-Anbietende werden laut Aussage der BGen mitunter beauftragt, außerdem werden Pilotprojekte zur Online-Beratung nach eigener Angabe durchgeführt. Mehr als die Hälfte der BGen gibt an, eine Akutbetreuungsmöglichkeit anzubieten (DGUV, 2017b).

Unfallkassen (UKen) wiederum geben an, stärker auf externe Partner zu setzen. Einige UKen verweisen nach eigener Aussage auf Notfallhotlines und Traumaambulanzen, andere betonen die Förderung der Vernetzung vorhandener bpE im Betrieb. Die UKen weisen darauf hin, dass oft ein einheitliches Konzept fehlt, da jede Unfallkasse ihre Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge und psychologischen Diensten unterschiedlich regelt.

Feuerwehr-Unfallkassen (FUVK) führen aus, dass sie eine lange Tradition der PSNV mitbringen. Sie betonen, über spezialisierte Beraternetzwerke, Notfallpsychologinnen und -psychologen im Einsatzdienst und eigene interne Strukturen zu verfügen. Damit sehen sie sich bereits heute weitgehend in der Lage, die DGUV-Standards für Akuthilfe zu erfüllen.

Sonstige UVT (z. B. Unfallkassen öffentlicher Dienst) berichten von Mischformen. Wie UKen geben sie an, oft die freiwillige Notfallseelsorge zu nutzen. Manche erklären, bei Großschadensereignissen externe PSNV-Teams zur Verfügung zu stellen. Etwa ein Viertel der sonstigen UVT hebt hervor, ausdrücklich externe Anbietende für Großschadens-PSNV zu fördern.

3.2.4.1.2 Stärken, Schwächen und Barrieren

Die von den UVT befragten Personen und analysierten Dokumente heben aus ihrer Sicht zahlreiche Stärken ihrer PSNV-Angebote hervor, darunter finanzielle Förderungen, ein etabliertes Netz an Beratern sowie eine hohe Sensibilität für psychische Folgen durch frühere Erfahrungen. Als wichtigste förderliche Bedingungen werden von den UVT ausreichende finanzielle und personelle Mittel für erfolgreiche PSNV-Maßnahmen betont (90,5 %), außerdem wird eine offene, unterstützende Betriebskultur von 61,9 % als förderlich eingeschätzt. Auch Erfahrungen mit vergangenen Notfällen werden von 57,1 % der UVT als wichtiger Faktor angesehen, da sich dadurch nach Ansicht der Träger die Akzeptanz für PSNV in den Unternehmen erhöht.

Aus Sicht der UVT bestehen jedoch auch wesentliche Schwächen und Barrieren. So wird die Neutralitätsverpflichtung von rund 14 % der Befragten explizit als Hemmnis genannt, weil UVT nach eigener Aussage keine bestimmten externen PSNV-Anbietenden empfehlen dürfen, was aus ihrer Perspektive die Vermittlung passender Hilfen erschwert. Ebenfalls als Hürde werden Rollenkonflikte und erhöhter Abstimmungsbedarf genannt (9,5 %). Nach Einschätzung der UVT herrscht in Unternehmen zudem nicht immer ein ausgeprägtes Interesse an PSNV; die Rückmeldungen berichten von Berührungsängsten und Ablenkung durch das Tagesgeschäft, sodass PSNV intern häufig kein prioritärer Punkt ist. Ein weiteres Problem sehen die Träger im Mangel an Statistiken über psychische Unfallfolgen (nur etwa 30 % der UVT führen Statistiken), was gezielte Präventionsplanung erschwert. Auch knappe Budgets und personelle Engpässe werden von 38,1 % als limitierende Faktoren beschrieben, 28,6 % verweisen auf eine negative Einstellung zum Arbeitsschutz. Schließlich wird in einigen Interviews aus Sicht der UVT kritisiert, dass PSNV-Konzepte und Verantwortlichkeiten intern noch nicht klar verankert sind, etwa weil Zuständigkeiten für psychische Gefährdungsbeurteilungen fehlen oder Überschneidungen zwischen Prävention und Rehabilitation die Arbeit erschweren.

Die Analyse macht außerdem deutlich, dass aus Sicht der UVT viele DGUV-Empfehlungen bereits umgesetzt oder zumindest anerkannt sind. So finden sich die Anforderungen an betriebliche psychologische Erstbetreuende nach DGUV 206-023 (z. B. stabile Persönlichkeit, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit) nach Aussage der UVT in den Interviews wieder. Auch die Notwendigkeit einer betrieblichen Konzeptlage und Gefährdungsbeurteilung für PSNV wird von UVT wie von der DGUV betont. Unterschiede bestehen jedoch bei Detailfragen: So definiert DGUV 206-023 konkrete Abschlussvoraussetzungen und Ausstattungsnormen für Erstbetreungskurse, die laut den UVT in der Praxis sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Die Möglichkeit der Kostenbeteiligung an Ersthelfer-Ausbildungen nach eigenem Ermessen, die DGUV explizit vorsieht, wird von den UVT zur Begründung unterschiedlich

ausgelegter Finanzierungsmodelle angeführt, manche Träger übernehmen die Kosten vollständig, andere nur teilweise. Auch in der Kooperation mit externen Anbietenden betonen UVT und DGUV-Informationen übereinstimmend die Bedeutung von Qualifikation und Erfahrung, wobei DGUV 206-023 oft noch spezifischere Mindeststandards fordert. Zusammenfassend zeigen die Rückmeldungen der UVT, dass ihre PSNV-Angebote im Großen und Ganzen an den aktuellen Standards ausgerichtet sind, aber die vollständige Umsetzung der Empfehlungsrichtlinien durch praktische Barrieren und Ressourcenfragen in der betrieblichen Realität noch begrenzt ist.

3.2.4.1.3 Vergleich mit aktueller Literatur

Die Befunde stimmen mit ersten Ergebnissen aus der DGUV-geförderten Forschung überein. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die gesetzlichen Unfallversicherungsträger bereits heute eine große Bandbreite an PSNV-Maßnahmen anbieten. Zugleich sehen die UVT selbst einen weiteren Bedarf für Information und Schulung. Aus Sicht der Träger ist ein kontinuierlicher Informationsfluss, bessere Aus- und Fortbildung sowie ein verstärkter Austausch aller Beteiligten notwendig. Auch die aktuelle Fachliteratur betont jene Schlüsselfaktoren, die die UVT als entscheidend identifiziert haben. Offene Betriebskultur und ausreichende Ressourcen gelten als Grundvoraussetzungen für erfolgreiche PSNV (DGUV, 2017b).

3.2.4.2 Forschungsfrage 4

Die Intensivbefragung macht aus Sicht der Unfallversicherungsträger (UVT) deutlich, dass angesichts der wachsenden gesellschaftlichen und betrieblichen Relevanz psychosozialer Notfallversorgung die bisherigen Maßnahmen kritisch reflektiert und gezielt weiterentwickelt werden. In den Rückmeldungen betonen die UVT, dass sie digitale Formate, branchenspezifische Lösungen sowie neue Vernetzungs- und Evaluationsansätze planen, um eine größere Reichweite, niedrighschwellige Zugänglichkeit und eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der PSNV-Angebote zu ermöglichen.

Nach Einschätzung der befragten UVT setzen Berufsgenossenschaften vorrangig auf eine verstärkte Digitalisierung, zum Beispiel durch Online-Seminare und digitale Austauschplattformen. Sie nennen zudem die Ausweitung einer Präventionskultur im Betrieb, die gezielte Thematisierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie die konsequente Einbindung von Augenzeuginnen und -zeugen in das Unfallgeschehen als zukünftige Schwerpunkte. Aus Sicht der UVT orientieren sich diese Maßnahmen an aktuellen Empfehlungen zur Digitalisierung, Vernetzung und Psychoedukation (DGUV, 2017a).

Die befragten Unfallkassen adressieren nach eigenen Angaben neben der generellen Verbesserung der Sichtbarkeit von PSNV im Unternehmen auch die systematische Durchführung und Auswertung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen, eine verstärkte interne Vernetzung sowie die qualitative Evaluation bestehender und geplanter Seminarangebote. Die UVT betonen, dass die Durchführung von regelmäßigen Auffrischkursen und der Ausbau von Unterstützungsangeboten explizit als zukünftige Schwerpunkte vorgesehen sind. Nach eigener Einschätzung scheitert die Umsetzung solcher Maßnahmen allerdings häufig noch an strukturellen Hürden innerhalb der UVT-Systeme.

Feuerwehr-Unfallkassen heben in ihren Rückmeldungen die Entwicklung und Implementierung digitaler Module für psychische Gefährdungsbeurteilungen sowie die Übernahme gelungener Ansätze anderer Unfallversicherungsträger hervor. Geplante Umfragen zu Gewalterfahrungen unter Einsatzkräften stehen dabei exemplarisch für einen bedarfsorientierten, partizipativen Entwicklungsansatz, wie ihn die UVT anstreben.

Auch die sonstigen UVT benennen vorrangig die Erweiterung ihres Beratungsportfolios, den Aufbau von Fokusgruppen zur Identifikation von Unterstützungsbedarfen und Maßnahmen zur gezielten Resilienzförderung. Sie betonen die Kontrolle der Umsetzung der UVV-Überfallprävention und die Einführung großformatiger Veranstaltungsreihen zur PSNV als Zeichen einer zunehmenden Professionalisierung und Diversifizierung ihrer Unterstützungsstrategien.

In der Gesamtschau unterstreichen die Einschätzungen der UVT, dass digitale Transformation, interne und externe Vernetzung sowie der Einsatz regelmäßiger Evaluationen und Fortbildungen zentrale Pfeiler der zukünftigen PSNV-Strategien darstellen. Die UVT weisen jedoch auch darauf hin, dass die tatsächliche Umsetzung und der nachhaltige Erfolg dieser Maßnahmen stark von verfügbaren Ressourcen, personellen Kapazitäten und einer konsequenten institutionellen Verankerung in den Unternehmen abhängig sind.

3.2.5 **Schlussfolgerung**

Die Untersuchung verdeutlicht aus Sicht der Unfallversicherungsträger, dass sie bereits zentrale Elemente der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen fördern. Nach Angaben der UVT werden vielfältige präventive Schulungen, Beratungsangebote, Akuthilferessourcen sowie strukturierte Begleitung bei Rehabilitation und Wiedereingliederung bereitgestellt. Damit existiert nach Einschätzung der Unfallversicherungsträger ein solides Fundament an Unterstützungsleistungen, das in vielen Bereichen an den etablierten Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ausgerichtet ist und die unterschiedlichen Schwerpunkte der einzelnen Trägergruppen widerspiegelt.

Gleichzeitig sehen die Unfallversicherungsträger die Aufgabe, die Psychosoziale Notfallversorgung als integralen Bestandteil im Unternehmen nachhaltig zu stärken. In den Befragungen heben die UVT hervor, dass fehlende einheitliche Standards, eine unzureichende Erfassung von Notfällen sowie der Bedarf an klaren Qualifikationsvorgaben und verbindlicher Qualitätssicherung weiterhin zentrale Herausforderungen darstellen. Nach Einschätzung der UVT ist eine konsequente Dokumentation und Evaluation psychosozialer Maßnahmen notwendig, um die Wirksamkeit der Angebote sicherzustellen und Entwicklungspotenziale gezielt zu nutzen.

Die aktuellen Impulse der Unfallversicherungsträger, insbesondere die Einführung digital gestützter und branchenspezifischer Formate, eine stärkere interne und externe Vernetzung sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Konzepte, werden als wichtige Chancen bewertet. Entscheidend für die Zukunft wird aus Sicht der UVT sein, Qualitätsstandards und Qualitätssicherung verbindlich zu etablieren und die Psychosoziale Notfallversorgung noch systematischer im betrieblichen Alltag zu verankern. Die befragten Unfallversicherungsträger betonen, dass offene Kommunikation, Ressourcenorientierung und die Förderung einer gelebten Präventionskultur im Unternehmen die Umsetzung dieser Ziele maßgeblich erleichtern können.

3.3 **Teilprojekt 3: ehrenamtliche PSNV-B-Teams**

Ein zentrales Anliegen dieses Teilprojekts war die erstmalige systematische Untersuchung von Einsätzen ehrenamtlicher psychosozialer Notfallversorgungsteams (PSNV-B-Teams) im betrieblichen Kontext. PSNV-B-Teams, auch bekannt als Kriseninterventions- und Notfallseelsorgeteams, sind in Deutschland seit etwa 30 Jahren etabliert und leisten, vorrangig ehrenamtlich, einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen Akuthilfe sowie zur Vermittlung in weiterführende Hilfen nach belastenden Ereignissen. Bisher fehlte jedoch eine umfassende

wissenschaftliche Analyse ihrer Einsätze speziell im Rahmen betrieblicher Notfälle. Mit dem vorliegenden Teilprojekt wird diese Forschungslücke adressiert und ein Beitrag zur verbesserten Versorgung von Beschäftigten nach Extremsituationen geleistet.

3.3.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel dieses Teilprojekts war es, erstmals eine systematische Bestandsaufnahme und Analyse von Einsätzen ehrenamtlicher PSNV-B-Teams in Unternehmen durchzuführen. Untersucht werden sollte, wie häufig solche Einsätze einen betrieblichen Anlass haben, wie die ehrenamtlichen Einsatzkräfte selbst ihre Rolle und Wirksamkeit in Unternehmen erleben und welche Empfehlungen sich für die psychosoziale Betreuung im Unternehmenskontext aus Sicht der PSNV-B-Teams ableiten lassen. Besonderes Augenmerk lag dabei auf möglichen Unterschieden in den Anforderungen und Herausforderungen bei betrieblichen Einsätzen im Vergleich zu Einsätzen im privaten und öffentlichen Bereich.

Im Mittelpunkt standen folgende Fragestellungen:

4. Wie häufig haben die Einsätze ehrenamtlicher PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass?

5. Wie erleben PSNV-B-Einsatzkräfte die Einsätze im betrieblichen Bereich?

6. Wie können Betriebe bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen aus Sicht der PSNV-B-Einsatzkräfte unterstützt werden?

Mit der Untersuchung sollen systematische Unterschiede zwischen betrieblichen und nicht-betrieblichen Einsätzen identifiziert und die besonderen Bedarfe der Unternehmen sowie der ehrenamtlichen Einsatzkräfte sichtbar gemacht werden. Die Analyse basiert auf einer zweistufigen Intensivbefragung der PSNV-B-Teams, ergänzt um Einsatzstatistiken der Bundesländer sowie eine Sekundärdatenanalyse (in Kooperation mit der LMU München).

Vor dem Hintergrund aktueller Forschung (Hoppe, 2021; Notfallseelsorge Jena-Saale-Holzland, 2020) werden dabei insbesondere die Prävention und Früherkennung psychosozialer Belastungsfolgen, die Angemessenheit der Unterstützung sowie Herausforderungen und Qualitätsbedarf im Kontext der Sekundärbetreuung in Unternehmen betrachtet. Ziel ist es, konkrete Handlungsempfehlungen für den Einsatz ehrenamtlicher PSNV-B-Teams in Unternehmen abzuleiten und die Grundlage für eine passgenauere Versorgung nach betrieblichen Notfällen zu schaffen.

3.3.2 Methodik

Im Rahmen des Teilprojekts 3 wurde ein mehrstufiges Studiendesign gewählt, um die betriebliche Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV-B) in Deutschland differenziert und aus multiplen Perspektiven zu analysieren. Die Methodik umfasst drei sich ergänzende Erhebungs- und Auswertungsstränge: (1) eine systematische quantitative Screeningphase zur bundesweiten Erhebung von Einsatzstatistiken, (2) eine qualitative Intensivbefragung in Form von Fokusgruppen und Einzelinterviews zur vertieften Exploration der Einsatzrealität, und (3) die ergänzende Sekundäranalyse eines externen Datensatzes aus einem Partnerprojekt. Die folgende Darstellung erläutert Entwicklung, Durchführung und Auswertung der einzelnen Studienabschnitte im Detail.

3.3.2.1 Studie 5: Screening und Einsatzprotokollierung, Quantitative Vollerhebung der Einsatzstatistiken

3.3.2.1.1 Untersuchungsdesign

Die Studie 5 folgt einem quantitativen, deskriptiven Untersuchungsdesign. Im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes bildet sie die erste Phase und erhebt standardisiert Einsatzstatistiken ehrenamtlicher PSNV-B-Teams (Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene). Ziel ist es, explorativ die Häufigkeit und Art der Einsätze im Unternehmenskontext zu quantifizieren und damit Forschungsfrage 1 („Wie häufig haben die Einsätze ehrenamtlicher PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass?“) zu beantworten. Die Studie ist als Vollerhebung innerhalb der teilnehmenden Teams angelegt: Über einen Zeitraum von sechs Monaten dokumentierten die Teams *sämtliche* Einsätze mittels eines einheitlichen Erhebungsprotokolls. Dadurch entsteht eine umfassende, deskriptive Datengrundlage, um Einsatzmuster zu analysieren und Vergleiche (z. B. betriebliche vs. nicht-betriebliche Anlässe) anzustellen.

3.3.2.1.2 Screening-Prozess

Vor der eigentlichen Datenerhebung fand ein Screening im Sinne einer Dokumentenanalyse und Literaturrecherche statt, um das Instrument und die Kategorien vorzubereiten. Einerseits wurde auf Ergebnisse aus einem früheren Projektabschnitt (Teilprojekt 1) zurückgegriffen, in dem relevante betriebliche Notfallszenarien bereits identifiziert wurden. Andererseits wurden bestehende Einsatzprotokolle zweier PSNV-B-Teams (KIT-München und Notfallseelsorge Jena-SHK) analysiert. Aus dieser Screening-Phase gingen die für die Studie relevanten Einsatzindikationen hervor: Die Antwortkategorien des Erhebungsbogens decken alle Notfalltypen ab, die in Teilprojekt 1 als betrieblich relevante Ereignisse erfasst worden waren (z. B. Arbeitsunfall, Wegeunfall), ergänzt um typische Indikationen aus der Dokumentenanalyse (wie z. B. „Überbringen einer Todesnachricht“, „Tod eines Kindes“ oder Großschadenslagen). Dieses Vorgehen stellte sicher, dass das Erhebungsinstrument alle praxisrelevanten Einsatzanlässe abbildet. Ein *separates* Screening potenzieller Studienteilnehmer war nicht nötig, stattdessen wurden von Anfang an konkrete Teams zur Teilnahme gewonnen (siehe Stichprobenbeschreibung).

3.3.2.1.3 Entwicklung des Befragungsinstruments

Für die Datenerhebung wurde ein standardisierter PSNV-B-Einsatzbogen neu entwickelt. Die Entwicklung des Instruments erfolgte literatur- und praxisbasiert: Struktur und Inhalte orientieren sich an realen Einsatzprotokollen aus der PSNV-Praxis und einschlägigen Leitlinien (z. B. DGUV, 2020). Dabei wurden nur forschungsrelevante Items einbezogen, um die Dokumentation möglichst schlank und fokussiert zu gestalten. Der Einsatzbogen gliedert sich in drei Hauptbereiche:

- **Einsatz-Setting:** Erfasst demografische Teamangaben. Hier geben Einsatzkräfte an, in welchem Bundesland ihr Team verortet ist und wie das Team heißt. Zudem wird die Ausbildung/Qualifikation der betreffenden Einsatzkraft abgefragt (Mehrfachnennung möglich: PSNV-B, PSNV-E, keine PSNV-Ausbildung oder andere Qualifikationen). Diese Informationen ermöglichen teambezogene Auswertungen, bleiben jedoch für Veröffentlichungen anonymisiert.
- **Einsatzbezogene Daten:** Erfasst spezifische Einsatzinformationen. Dazu gehören das Datum des Einsatzes, die Alarmierungsquelle („Durch wen wurde angefordert?“, z. B. Leitstelle der BOS, Angehörige, Unternehmen, etc.), sowie die Einsatzindikation bzw. Art des Notfalls. Letztere wird als Mehrfachauswahl aus einer umfassenden Liste von Ereignistypen angegeben (u. a. plötzlicher Todesfall im häuslichen *oder* öffentlichen

Bereich, medizinischer Notfall, Arbeitsunfall, Suizid, Überbringen einer Todesnachricht, Gewaltvorfälle usw.). Ebenfalls dokumentiert werden der Charakter des Einsatzes (Erst- oder Folgeeinsatz), die Einsatzdauer in Minuten (ohne Anfahrtszeit) und die Gesamtzahl betreuter Personen. Ein offenes Feld „Anmerkungen zum Einsatz“ bietet Raum für Besonderheiten oder Herausforderungen im Einsatzverlauf.

- **Angaben zu betreuten Personen:** Detaillierte Erfassung jeder betreuten Person (bis zu zehn Personen pro Einsatz; bei Bedarf können in Papier/PDF weitere Seiten hinzugefügt werden). Für *jede* Person werden Alter (numerisch) und Geschlecht (m/w/d) notiert. Zudem wird der Status der Person im Notfall abgefragt, d. h. in welcher Beziehung sie zum Ereignis steht (z. B. direkt Betroffene/Indexperson, Augenzeuge, Ersthelfer, Angehöriger einer betroffenen Person oder Einsatzkraft etc.). Kernstück dieses Abschnitts ist die U-Variable, mit der ein betrieblicher Bezug des Ereignisses erfasst wird. Die Einsatzkraft wählt hier eine von fünf nominalskalierten Kategorien: „Ja, Ereignis geschah während der beruflichen/schulischen Tätigkeit“, „Ja, auf dem Weg zur/von der Arbeit, Schule o. Hochschule“, „Ja, während einer Dienstreise bzw. Ausflug/Exkursion“, „Nein, kein Bezug zu Arbeitsplatz/Schule“, oder „Unbekannt/keine Angabe durch die Person“. Diese differenzierte Erhebung ermöglicht es, Arbeits- und Wegeunfälle sowie schulische Kontexte klar von rein privaten Ereignissen abzugrenzen. Zusätzlich gibt es ein Freitextfeld für weitere Angaben zur Person, in dem beispielsweise die genaue Beziehung zu anderen Betroffenen vermerkt werden kann („Ehefrau“, „Kollege“, „Vater des Verunglückten“ etc.).

Die Konstruktion der Items und Skalen erfolgte so, dass überwiegend geschlossene Fragen mit einheitlichen Antwortvorgaben vorliegen, was die spätere quantitative Auswertung erleichtert. Wo bestehende Instrumente oder Standards verfügbar waren (etwa die Definitionen der gesetzlich unfallversicherten Kontexte gemäß SGB VII für die U-Variable), wurden diese übernommen und an die Zielgruppe angepasst. Beispielhaft für eine Anpassung ist die oben erwähnte Differenzierung des Items „plötzlicher Todesfall“ nach häuslichem vs. öffentlichem Bereich, ein Detail, das erst durch Praxisfeedback ins Instrument aufgenommen wurde. Der Einsatzbogen wurde digital als Online-Formular bereitgestellt (für Smartphone, Tablet oder PC) und zusätzlich auf Wunsch als ausfüllbares PDF bzw. Papierfragebogen versandt, um allen Teams die Teilnahme in ihrer bevorzugten Form zu ermöglichen.

3.3.2.1.4 Pre-Test und Qualitätssicherung

Ein formaler Pre-Test im Sinne einer separaten Pilotstudie wurde nicht durchgeführt; jedoch übernahm die vor Studienstart durchgeführte Anwenderschulung (siehe Anreizsysteme) die Funktion eines Pre-Tests. In diesen Workshops hatten die PSNV-B-Einsatzkräfte erstmals Kontakt mit dem neuen Erhebungsbogen, wodurch die Verständlichkeit und Praktikabilität der Items überprüft wurde. Rückmeldungen aus den Teams flossen unmittelbar in die Optimierung des Instruments ein. Konkretes Beispiel: In der Schulung zeigte sich, dass die ursprüngliche Antwortoption „*plötzlicher Todesfall (im häuslichen oder öffentlichen Bereich)*“ von den Teilnehmenden als nicht trennscharf empfunden wurde, da ein Todesfall sowohl privat als auch am Arbeitsplatz vorkommen kann. Daraufhin wurde diese Kategorie vor Start der eigentlichen Erhebung in zwei getrennte Items aufgespalten („...im häuslichen Bereich“ und „...im öffentlichen Bereich“). Diese Anpassung erhöhte die Inhaltsvalidität des Instruments.

Zur Qualitätssicherung wurden außerdem folgende Maßnahmen ergriffen: Erstens wurde die erwartete Bearbeitungszeit des Protokolls bewusst kurz gehalten (ca. 2 – 8 Minuten, abhängig von der Anzahl betreuter Personen), um die Zusatzbelastung für die Ehrenamtlichen gering zu halten und somit eine hohe Response-Rate pro Einsatz sicherzustellen. Zweitens erhielten

alle teilnehmenden Teams ausführliche Schulungsunterlagen und schriftliche Instruktionen, sodass die Erhebung standardisiert ablief. Drittens stand die Studienleitung während der sechsmonatigen Erhebungsphase in kontinuierlichem Kontakt mit den Teamleitungen: Fragen zum Ausfüllen der Bögen oder zur Einordnung spezifischer Einsätze konnten jederzeit per Telefon oder E-Mail geklärt werden. Dieses begleitende Monitoring hat zu einer verbesserten Datenqualität beigetragen, indem Unklarheiten sofort bereinigt und einheitliche Kodierentscheidungen (etwa zur Einstufung von Grenzfällen bei der U-Variable) abgesprochen wurden. Insgesamt wurde so gewährleistet, dass die Gütekriterien Verständlichkeit und Anwendungsobjektivität erfüllt waren. (Klassische Testgütekriterien wie Reliabilität und Validität sind für dieses deskriptive Erhebungsinstrument nur eingeschränkt relevant, da keine Skalen im psychometrischen Sinne erhoben wurden.)

3.3.2.1.5 Ethische Begutachtung und Freigabe

Die Studie wurde vor Beginn einem ethischen Prüfungsverfahren unterzogen. Der Ethikantrag umfasste das Gesamtvorhaben einschließlich der quantitativen Einsatzdatenerfassung (Studie 5) und der anschließenden Interviews (Studie 6). Die zuständige Ethikkommission der Hochschule prüfte besonders die Aspekte Datenschutz, Freiwilligkeit und Belastung der Teilnehmenden. Am 11. Dezember 2023 erteilte die Ethikkommission die zustimmende Freigabe des Studienprotokolls ohne Auflagen. Damit wurde bestätigt, dass die Studie die geltenden ethischen Standards einhält. Wesentliche Inhalte der ethischen Prüfung waren:

- **Einverständniserklärung:** Alle Teamleitungen und Teilnehmer bekamen schriftliche Informationen zum Studienablauf und gaben ihr informiertes Einverständnis. Da es sich um ehrenamtliche Einsatzkräfte handelt, wurde betont, dass Teilnahme und jederzeitiger Ausstieg freiwillig sind und keine Nachteile für die Teams entstehen.
- **Vertraulichkeit und Datenschutz:** Die erhobenen Einsatzdaten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form ausgewertet. Team- oder Personennamen wurden im Erhebungsbogen nicht erfasst (Teams konnten ihre Bögen vorab intern mit Teamnamen personalisieren, aber die Forschungsdaten enthalten nur Code-Nummern). Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich mit aggregierten oder pseudonymisierten Daten, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Teams oder Personen möglich sind.
- **Belastungsschutz:** Da teilweise sensible Angaben zu Notfalleinsätzen erfasst werden (inkl. Freitext zu besonderen Herausforderungen), wurde darauf geachtet, dass die Einsatzkräfte durch die Studie nicht zusätzlich psychisch belastet werden. Die Befragung erfolgt retrospektiv zum Einsatz, nicht in Akutsituationen. Zudem stellte die Studienleitung klar, dass Teams nur Daten liefern, die sie selbst in ihrer Einsatzdokumentation festhalten möchten, es gab keine Verpflichtung, traumatische Details preiszugeben.

Mit der positiven Ethikvotierung war sichergestellt, dass sowohl rechtliche Vorgaben (z. B. DSGVO) als auch forschungsethische Prinzipien gewahrt bleiben.

3.3.2.1.6 Stichprobenbeschreibung

Die Zielpopulation der Studie 5 waren alle ehrenamtlichen PSNV-B-Teams in Deutschland (geschätzt 319 Teams, Stand 2021). Für die Intensivbefragung wurde angestrebt, möglichst ein Team pro Bundesland für das Projekt zu gewinnen, um ein breites und repräsentatives Abbild verschiedener Versorgungsstrukturen (städtisch vs. ländlich, unterschiedliche Organisationsträger) zu erhalten. Die Rekrutierung der Teams erfolgte mehrstufig: Bereits im ersten Projektteil (2022/2023) konnten erste Kooperationspartner identifiziert werden. Bis Ende

Juni 2023 hatten sechs PSNV-B-Teams aus verschiedenen Bundesländern mündlich ihre Teilnahme zugesagt (darunter z. B. KIT-München in Bayern, Notfallseelsorge Jena im SHK in Thüringen, usw.). Ab Oktober 2023 wurde die Akquise intensiviert, es wurden erneut die Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren der PSNV-Netzwerke kontaktiert und länderspezifische E-Mail-Verteiler genutzt, um weitere Teams gezielt anzusprechen. Zusätzlich warb das Forschungsteam auf Fachkongressen und über die Bundesverbände großer Hilfsorganisationen (ASB, DRK, Johanniter) für das Projekt.

Trotz dieser umfangreichen Bemühungen blieb die Resonanz begrenzt: Insgesamt 13 Teams aus 8 Bundesländern erklärten sich zur Teilnahme bereit. Die beteiligten Bundesländer und Teamanzahlen gliederten sich wie folgt: Bayern (3 Teams), Niedersachsen (3), Sachsen (2) sowie je ein Team aus Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Keine Rückmeldungen bzw. Zusagen kamen aus den übrigen Bundesländern (u. a. Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Mit 13 Teams entspricht die Stichprobe etwa 4,1 % der theoretisch erreichbaren Grundgesamtheit. Dieser vergleichsweise geringe Anteil unterstreicht die praktischen Herausforderungen, ehrenamtliche Organisationen für Forschungszwecke zu gewinnen, Zeitknappheit und organisatorische Hürden wurden von vielen angefragten Teams als Gründe für ihre Nicht-Teilnahme genannt.

Die Teilnehmenden dieser Studie sind auf Teamebene zu betrachten. Jedes Team entsendet eine oder mehrere Einsatzkräfte, die für die Dokumentation der Einsätze zuständig sind (in der Regel die Teamleitung oder von ihr beauftragte Mitglieder). Demografische Merkmale der einzelnen Befragten (Alter, Geschlecht) wurden nicht primär erhoben, da Fokus auf den Einsätzen lag. Allerdings wurden im Rahmen der vorbereitenden Weiterbildung einige Teamcharakteristika erfasst, um die Stichprobe beschreiben zu können: Die Größe der teilnehmenden Teams variierte z. B. von kleinen Gruppen (~10 Mitglieder) bis zu sehr großen Einheiten (50 – 60 Mitglieder). Die Teams waren sämtlich ehrenamtlich tätig, oftmals in Trägerschaft von Hilfsorganisationen oder Kirchen, und betreuen sowohl PSNV-B- als auch teilweise PSNV-E-Lagen (d. h. einige Teams kümmern sich neben Betroffenen auch um Einsatzkräfte-Betreuung). Die Einsatzfrequenz der Teams liegt nach eigenen Angaben durchschnittlich zwischen ca. 30 und 200 Einsätzen pro Jahr, je nach Region. Somit umfasst die erhobene Datenbasis sowohl Teams mit hoher Einsatzzahl (Ballungsräume) als auch solche mit geringerer Fallzahl (ländliche Gebiete), was für die Auswertung und Vergleichbarkeit bedeutsam ist.

Während der sechsmonatigen Erhebung beteiligten sich 11 der 13 Teams aktiv an der Datenerfassung (ein Team brach den Kontakt ab, ein weiteres konnte keine Einsätze dokumentieren). Diese 11 Teams lieferten 100 % ihrer Einsätze im Erhebungszeitraum, entweder in Form ausgefüllter Protokollbögen zu jedem Einsatz (Vollerhebung, 9 Teams) oder zumindest in Form einer Teilerhebung (2 Teams meldeten nur die betrieblich relevanten Einsätze plus Gesamtzahlen als Kontext). Insgesamt wurden 881 Einsatzprotokolle eingereicht, die nach Datenbereinigung 930 einzelnen Einsatzereignissen entsprechen (siehe Datenaufbereitung). Diese Stichprobe an Einsätzen bildet die Grundlage für die quantitative Analyse.

3.3.2.1.7 Auswertungsverfahren und Datenanalyse

Die Auswertung der erhobenen Einsatzdaten erfolgte quantitativ-statistisch, primär mit deskriptiven Methoden. Zunächst wurden alle zurückgesandten Protokolle digital erfasst und aufbereitet. Da die Teams unterschiedliche Übermittlungswege nutzten (fünf Teams lieferten ausfüllbare PDF-Dateien per E-Mail, drei Teams schickten Papierbögen postalisch, zwei Teams nutzten vorbereitete Excel-Tabellen und ein Team kombinierte Online-Eingaben mit

Papieranlieferung), war der erste Schritt die Datenkonsolidierung. Alle Daten wurden in Microsoft Excel in ein einheitliches Format übertragen. Anschließend fand eine Datenbereinigung statt:

- **Einschlusskriterien:** Es wurden nur Einsätze im festgelegten Zeitraum (01.01.2024 – 30.06.2024) berücksichtigt. Protokolle zu Ereignissen außerhalb dieses Fensters (z. B. Restanten aus 2023) wurden ausgeschlossen (insgesamt 60 Ereignisse).
- **Vollständigkeit:** Fehlende oder unklare Einträge auf den Bögen wurden, soweit möglich, durch Rückfrage bei den Teams oder durch Nutzung vorhandener Kontextinformationen im Protokoll ergänzt. Beispiel: Fehlt die Angabe, ob es ein Erst- oder Folgeeinsatz war, aber das Freitextfeld deutet auf eine Nachbetreuung hin, wurde dies entsprechend kodiert.
- **Einheitliche Kodierung:** Da die Teams vereinzelt leicht unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet hatten (ein Team nutzte z. B. noch eine ältere Version des Protokolls), wurden die Daten auf ein gemeinsames Kodierschema abgebildet. So wurden etwa Einsatzindikationen zusammengefasst und vereinheitlicht: Bei Mehrfachnennungen von Notfallarten pro Einsatz wurde eine primäre Indikation (chronologisch zuerst eingetretenes Ereignis) und ggf. sekundäre Indikationen codiert. Auch die Begriffe für helfende Personen wurden harmonisiert (einige Teams markierten „Spontanhelfende“ explizit, andere nicht, hier wurde nach definierter Regel ergänzt, wenn aus der Beschreibung ersichtlich).

Während der Datenaufbereitung wurden Arbeitsdefinitionen für neue Variablen entwickelt, um die Forschungsfragen gezielt beantworten zu können. Insbesondere die Betriebskontext-Variable (U-Variable) und damit zusammenhängende Kategorien wurden in der SPSS-Datenbank implementiert: Für jede betreute Person wurde anhand der Angaben (und falls nötig der Einsatzbeschreibung) ein Code vergeben, ob sie im Unternehmens-/Schulumfeld betroffen war oder nicht. Kriterium war die Perspektive der Person: War diese Person während eines versicherten Arbeits- oder Schulbezugs vom Notfall betroffen? Hierzu zählten auch Wegeunfälle (Unfälle auf dem Arbeits- oder Schulweg) und Ereignisse, die zwar nicht am Arbeitsplatz geschahen, aber Angehörige von Arbeitsunfallopfern betrafen. Solche Sonderfälle wurden durch zusätzliche Dummy-Variablen kenntlich gemacht (z. B. „Nachbetreuung von Angehörigen nach Arbeitsunfall“ oder „Betreuung von Kollegen außerhalb des Betriebsortes“). Darüber hinaus erhielten die Datensätze ID-Nummern, die zusammenhängende Ereignisse markierten: Wenn mehrere Einsätze zum selben Notfall gehörten (z. B. Ersteinsatz vor Ort und späterer Folgeeinsatz für Angehörige), wurde dies über eine gemeinsame Ereignis-ID vermerkt. So konnte zwischen der Zahl der Einsätze und der Zahl der Notfallereignisse differenziert ausgewertet werden. In der Datenbank waren insgesamt 930 Ereignisse mit 1 382 Einzeleinsätzen enthalten; darunter wurden 23 Ereignisse als „gemischte Ereignisse“ klassifiziert, da sie sowohl Personen mit Unternehmensbezug als auch ohne umfassten.

Nach Abschluss der Bereinigung und Kodierung wurden die Daten in IBM SPSS Statistics (Version 28) importiert. Die geplante Datenanalyse umfasste vor allem deskriptive Auswertungen: Es wurden Häufigkeiten und Prozentsätze berechnet (z. B. Anteil der betrieblich bedingten Einsätze an allen Einsätzen, Verteilung verschiedener Notfalltypen), außerdem Lagemaße (Durchschnittsalter der Betroffenen, durchschnittliche Einsatzdauer etc.). Für jeden teilnehmenden Team-Datensatz wurden Kennziffern wie Gesamtzahl Einsätze, Anteil U-Einsätze, Personenanzahlen usw. ermittelt, um teambezogene Unterschiede aufzuzeigen. Zusätzlich erfolgten einfache Vergleichsanalysen: z. B. Gegenüberstellung städtischer vs. ländlicher Teams hinsichtlich ihres U-Einsatz-Anteils oder Vergleich der durchschnittlichen betreuten

Personenzahl zwischen betrieblichen und nicht-betrieblichen Einsätzen. Hierbei kamen Kreuztabellierungen und Gruppenvergleiche zum Einsatz; aufgrund der geringen Fallzahlen pro Gruppe und des explorativen Charakters der Studie wurden allerdings keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt, sondern die Ergebnisse quantitativ-deskriptiv berichtet.

Zur Datenvalidierung wurden Ausreißer geprüft. So wurde z. B. die Spannweite zwischen Erst- und Folgeeinsätzen in Tagen berechnet und auf unrealistische Werte kontrolliert. Ebenso wurden Einsätze mit außergewöhnlich vielen Betroffenen gesondert betrachtet (mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert; das betraf 13 Einsätze mit über 17 betreuten Personen, meist Großschadenslagen). Diese Ausreißer flossen in die Auswertung ein, wurden aber im Ergebnistext entsprechend kommentiert, um Verzerrungen vorzubeugen. Alle Analyseschritte wurden von mindestens zwei Teammitgliedern des Forschungsteams diskutiert (Vier-Augen-Prinzip bei Kodierungen, Plausibilitätschecks), was die Reliabilität der Datenanalyse stärkte. Zusammenfassend erlaubte dieses Auswertungsverfahren, ein detailliertes Profil der PSNV-B-Einsätze im Untersuchungszeitraum zu zeichnen, mit besonderem Fokus darauf, welchen Anteil und welche Charakteristika Einsätze im Unternehmenskontext aufweisen.

3.3.2.1.8 Anreizsysteme zur Teilnahme

Um die Teilnahmebereitschaft der PSNV-B-Teams zu steigern und eine qualitativ hochwertige Datenerhebung sicherzustellen, kamen mehrere begleitende Maßnahmen zum Einsatz:

- **Workshops zur Vorbereitung:** Jedes teilnehmende Team erhielt vor Start der Datenerhebung eine zweistündige Weiterbildung (Online-Workshop) durch die Studienleitung. Dieser Workshop diente nicht nur der Instruktion (korrektes Ausfüllen des Einsatzbogens), sondern vermittelte auch praxisnahes Wissen zu psychosozialer Notfallversorgung im betrieblichen Kontext. Für die Ehrenamtlichen stellte dies einen unmittelbaren Mehrwert dar, sie konnten ihr Wissen erweitern und den Sinn und Nutzen ihrer Beteiligung am Forschungsprojekt verstehen. Dies erhöhte die Motivation, über sechs Monate hinweg konsequent Einsätze zu protokollieren.
- **Individuelle Betreuung und Feedback:** Die Forschenden betonten von Beginn an, dass sie für Rückfragen jederzeit ansprechbar sind und dass die erhobenen Daten letztlich auch den Teams selbst zugutekommen würden. Durch den regelmäßigen Kontakt (per E-Mail/Telefon) fühlten sich die Teams nicht alleingelassen. Zudem wurde in Aussicht gestellt, dass am Ende des Projekts eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit allen Teilnehmern geteilt wird, so bekommen die Teams einen Benchmark, wie sich ihre Einsatzzahlen einordnen, und konkrete Impulse zur Verbesserung ihrer Arbeit.
- **Unterstützung durch Netzwerk und Organisationen:** Die Einbindung der Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren und Bundesverbände (ASB, DRK, Johanniter etc.) fungierte ebenfalls als Anreiz. Eine offizielle Empfehlung oder Bewerbung des Projekts durch vertrauenswürdige Stellen erhöhte die Bereitschaft der Teams, mitzumachen. Einige Teams sahen die Teilnahme auch als Chance, ihre eigene Tätigkeit sichtbar zu machen und wissenschaftlich untermauert darzustellen, was für die Akquise von Mitteln oder Anerkennung ihrer Arbeit förderlich sein kann.
- **Flexibilität bei der Datenerhebung:** Als sehr praktisch erwies sich die Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse der Teams. Die Möglichkeit, Protokolle online, per PDF oder in Papierform abzugeben, reduzierte technische Barrieren. Auch der Erhebungszeitraum wurde so gelegt (Winter/Frühjahr), dass keine Haupturlaubszeit dazwischenlag. Diese teilnehmerorientierte Gestaltung wurde den Teams gegenüber kommuniziert und positiv aufgenommen.

- **Kein monetärer Anreiz, aber ideeller Nutzen:** Finanzielle Aufwandsentschädigungen waren aufgrund der Projektstruktur nicht vorgesehen. Stattdessen wurde immer wieder der gesellschaftliche Nutzen betont: Durch ihre Teilnahme tragen die Ehrenamtlichen dazu bei, Erkenntnisse zu gewinnen, die langfristig die Betreuung Notfallbetroffener, insbesondere im Arbeitsleben, verbessern. Dieser ideelle Anreiz sprach die intrinsische Motivation vieler Helfer an, sodass sie trotz Mehrarbeit bereit waren, verlässlich mitzuwirken. Einige Teams äußerten ausdrücklich, dass sie hoffen, von den Studienergebnissen bei der eigenen Einsatzplanung und Sensibilisierung von Unternehmen zu profitieren.

Zusammengenommen haben diese Maßnahmen zu einer engagierten Teilnahme geführt: Obwohl lediglich 13 Teams gewonnen werden konnten, war die Datenlieferung dieser Teams sehr sorgfältig und vollständig. Die Workshops und der persönliche Austausch schufen ein Klima der Wertschätzung, in dem die Teams ihre Rolle als „Forschungs-Partner“ anerkannten, ein entscheidender Faktor für den Erfolg der intensiven Datenerhebung.

3.3.2.2 Studie 6: Intensivbefragung und Erfahrungsaustausch

3.3.2.2.1 Untersuchungsdesign

Die Studie 6 wurde als qualitative, explorative Intensivbefragung konzipiert. Nachdem in Studie 5 quantitative Basisdaten erhoben wurden, zielte diese zweite Phase des Mixed-Methods-Ansatzes darauf ab, ein vertieftes Verständnis der Erlebnisse und Bedürfnisse der PSNV-B-Einsatzkräfte selbst zu gewinnen. Methodisch handelt es sich um teilstandardisierte Gruppendiskussionen, angelehnt an das Fokusgruppen-Design. Jede Diskussion (bezeichnet als „Erfahrungsaustausch“) fand teamweise statt und dauerte ca. zwei Stunden. Diese Form wurde gewählt, um eine „natürliche Gesprächssituation“ zwischen Kollegen zu erzeugen, in der die Teilnehmer offen über ihre Erfahrungen sprechen können. Gleichzeitig ermöglicht die Gruppendynamik, dass unterschiedliche Perspektiven gleichzeitig erhoben und gemeinsam reflektiert werden. Damit verfolgt das Design einen doppelten Zweck: Einerseits werden individuelle Erfahrungsberichte und Emotionen der Ehrenamtlichen sichtbar, andererseits lassen sich kollektive Sichtweisen und Strukturen innerhalb der Teams erkennen (Döring, 2023). Die Intensivbefragung ist insbesondere darauf ausgerichtet, Forschungsfrage 2 („Wie erleben PSNV-B-Einsatzkräfte die Einsätze im betrieblichen Bereich?“) und Forschungsfrage 3 („Wie könnten Betriebe bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen unterstützt werden?“) zu beantworten. Entsprechend wurden sowohl problemzentrierte Fragen zu Erlebnissen und Herausforderungen gestellt als auch lösungsorientierte Fragen nach Verbesserungsmöglichkeiten. Das Untersuchungsdesign kann insgesamt als qualitativ-deskriptiv charakterisiert werden, es werden systematisch Kategorien und Muster aus den Gesprächen herausgearbeitet, ohne dabei Hypothesen zu prüfen. Diese qualitative Phase ergänzt die quantitativen Ergebnisse der ersten Phase und ermöglicht einen umfassenden Blick auf das Forschungsproblem (Triangulation der Methoden).

3.3.2.2.2 Entwicklung des Befragungsinstruments

Als „Instrument“ der Studie 6 diente ein leitfadengestütztes Gruppengespräch, also ein vorab entworfener Fragenkatalog für die moderierten Diskussionen. Die Entwicklung dieses Leitfadens erfolgte theoriegeleitet und orientierte sich an bewährten Empfehlungen für Fokusgruppen (Krueger & Casey, 2014). Folgende Grundsätze und Schritte flossen in die Instrumentenerstellung ein: Der Interview-Leitfaden wurde so strukturiert, dass er schrittweise die zentralen Forschungsfragen abdeckt. Er gliederte sich in drei thematische Blöcke. Diese Struktur stellt sicher, dass zunächst allgemeine Eindrücke gesammelt werden, bevor spezifische Aspekte

fokussiert diskutiert werden, ein Vorgehen, das in der qualitativen Forschung empfohlen wird, um Teilnehmer aufzuwärmen und nicht gleich mit heiklen Details zu starten.

3.3.2.2.2.1 Teil 1 („Allgemeine Reflexion“)

Es wurden Fragen gestellt wie *„Was war herausfordernd beim Ausfüllen der Protokolle?“* oder *„Haben sich Ihre Einsätze im ersten Halbjahr 2024 verändert (Menge, Indikationen)?“*. Damit konnten etwaige Effekte der Studienteilnahme auf das Einsatzaufkommen oder dokumentationsbezogene Schwierigkeiten erfasst werden.

3.3.2.2.2.2 Teil 2 („Erfahrungen im Einsatz“)

Dieser Teil konzentrierte sich auf die Erfahrungen im Einsatz selbst und umfasste den Hauptteil der Diskussion. Beispiele hierfür sind Fragen nach wahrgenommenen Unterschieden in der Betreuung von Betroffenen *am Arbeitsplatz* vs. *im privaten/öffentlichen Bereich*, oder konkret *„Was ist das Besondere bei Einsätzen... in Unternehmen vor Ort? ...in Schulen? ...bei Wegeunfällen?“*. Diese differenzierenden Fragen halfen, die Charakteristika verschiedener Einsatzorte systematisch herauszuarbeiten. Ebenso wurden persönliche Kompetenzen und Belastungsgrenzen thematisiert: *„Welche Kompetenzen bringen Sie in der Akutphase zum Einsatz?“* und *„Was bringt Sie in der Akutphase an Ihre Grenzen?“* zielen darauf ab, Anforderungen und Überforderungen der Ehrenamtlichen zu beleuchten. Entsprechende Fragen gab es auch zur weiterführenden Betreuung (z. B. bei Folgeeinsätzen nach der Akutphase), hier interessierte, ob und wie Ehrenamtliche solche weiterführenden Maßnahmen leisten und wo ihre Grenzen liegen.

3.3.2.2.2.3 Teil 3 („Unternehmen und Verbesserungsvorschläge“)

Teil 3 rückte den Blick auf Unternehmen und Verbesserungsvorschläge: So wurden die Teilnehmenden gefragt, *„Wie könnten Betriebe bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen unterstützt werden? Welche Partner oder Maßnahmen würden Sie empfehlen?“*. Abschließend gab es eine offene Frage nach weiteren Anregungen oder Themen, die offengeblieben sind, um den Teilnehmern Raum für alles zu geben, was ihnen wichtig erschien (z. B. Wünsche zur Alarmierungspraxis, Kommunikation mit Behörden oder Hinweise an das Forschungsteam).

3.3.2.2.2.4 Format und Darstellung

Der Leitfaden wurde als PowerPoint-Präsentation ausgestaltet. Jede Frage bzw. jeder Themenblock war auf einer eigenen Folie formuliert. Während der Online-Workshops wurde diese Präsentation per Bildschirmfreigabe gezeigt, so dass für alle Teilnehmer stets klar ersichtlich war, welche Frage gerade diskutiert wird. Dieses Vorgehen strukturierte das Gespräch und erhöhte die Transparenz. Zudem diente die PPT gleichzeitig als Dokumentationswerkzeug: Die Moderatorin (Studienleitung) notierte die gegebenen Antworten stichpunktartig direkt auf den Folien. Dadurch entstand in Echtzeit ein Mitschrift-Protokoll, das von den Teilnehmenden mitverfolgt werden konnte. Dieses Vorgehen erleichterte es, Missverständnisse zu vermeiden (die Gruppe sah sofort, was notiert wurde, und konnte ggf. korrigieren oder ergänzen) und sorgte für ein gemeinsames Verständnis der Ergebnisse jeder Frage.

3.3.2.2.2.5 Anpassung bestehender Methoden

Da es in dieser Thematik kaum vorgefertigte Erhebungsinstrumente gibt, wurden die Fragen eigens entwickelt. Sie basieren jedoch auf allgemeinen sozialwissenschaftlichen Erhebungsstandards. Beispielsweise greift die offene Frage nach Unterschieden in verschiedenen Kontexten das Prinzip der kontrastierenden Abfrage auf, um latente Unterschiede explizit zu machen. Die Fragen zu Kompetenzen und Grenzen orientieren sich an Methoden der ressourcen- und belastungsorientierten Befragung im Ehrenamts- und Psychosozialbereich. Insgesamt wurde der Leitfaden durch einen expertenbasierten Auswahlprozess finalisiert: Das Forschungsteam (darunter Fachleute für Arbeitspsychologie und Notfallseelsorge) überprüfte die

Fragen auf Verständlichkeit und Vollständigkeit. Literaturquellen wie Mayring (2015) flossen insofern ein, als dass klar war, dass die Auswertung später kategorienbasiert erfolgen soll, dementsprechend wurden Fragen gestellt, die reichhaltige, kategorisierbare Antworten erwarten ließen (z. B. „Was ist das Besondere bei...?“ statt nur Ja/Nein-Fragen).

Insgesamt war der Leitfaden halbstrukturiert. Alle Gruppen bekamen dieselben Kernfragen, doch die Moderatorin konnte bei Bedarf mit Nachfragen vertiefen oder die Reihenfolge leicht variieren, um dem Gesprächsverlauf zu folgen. Durch diese Balance von Struktur und Offenheit wurden sowohl Vergleichbarkeit zwischen den Teams als auch Raum für teamindividuelle Schwerpunkte gewährleistet.

3.3.2.2.3 Pre-Test und Qualitätssicherung

Ein separates Pre-Test-Gespräch mit einem nicht-teilnehmenden Team wurde nicht durchgeführt, da die Anzahl der spezialisierten PSNV-B-Teams begrenzt und deren Zeit kostbar war. Stattdessen wurde der Leitfaden intern und in Rücksprache mit einer erfahrenen Notfallseelsorgerin (aus einem der beteiligten Teams) pilotiert. Diese Expertendurchsicht diente dazu, Formulierungen zu glätten und sicherzustellen, dass die Fragen eindeutig verstanden werden und keine wichtigen Themenfelder fehlen.

Zur Qualitätssicherung während der Erhebung wurden mehrere Maßnahmen ergriffen:

- **Einheitliche Moderation:** Alle elf Fokusgruppen-Gespräche wurden von derselben Moderatorin (der Studienleiterin) geführt. Dadurch blieb der Ablauf über alle Teams hinweg vergleichbar, und es konnten persönliche Verzerrungen minimiert werden. Die Moderatorin war mit den quantitativen Ergebnissen vertraut und konnte so gezielt nachfragen, wenn z. B. Diskrepanzen oder interessante Befunde aus Studie 5 im Teamgespräch erklärungsbedürftig schienen.
- **Transparente Mitschrift:** Wie oben beschrieben, wurden die Aussagen live auf der Präsentation mitgeschrieben. Dieses Vorgehen diente auch der Validierung der Daten: Die Teilnehmer konnten jederzeit eingreifen, falls eine Aussage falsch verstanden oder unzutreffend zusammengefasst wurde. Dadurch entstand am Ende jedes Gesprächs ein von der Gruppe „abgenicktes“ Protokoll. Die Teilnehmenden äußerten, dass sie dieses Vorgehen als vertrauensbildend empfanden, es gab ihnen Sicherheit, dass ihre Punkte korrekt erfasst wurden.
- **Dauer und Setting:** Die Gespräche wurden auf zwei Stunden angesetzt, was sich im Vorfeld (bei der Weiterbildung) als günstig erwiesen hatte. Diese relativ großzügige Zeitplanung verhinderte Zeitdruck, sodass auch emotional schwierige Themen in Ruhe angesprochen werden konnten. Die Mehrheit der Treffen fand online per Zoom statt, ein Format, das bereits aus der Vorbereitung bekannt war und den Teams logistisch entgegenkam. Ein Team entschied sich für eine Präsenzsitzung mit der Studienleiterin vor Ort; hier wurden ebenfalls der Leitfaden und die digitale Mitschrift eingesetzt, um methodisch konsistent zu bleiben.
- **Keine Aufzeichnung, aber strukturierte Datenablage:** Aus Datenschutz- und Vertrauensgründen wurden die Sitzungen nicht audio-/videografiert. Stattdessen galten die schriftlichen Notizen als Datengrundlage. Unmittelbar nach jedem Termin wurden die Notizen bereinigt (Tippfehler korrigiert, Abkürzungen aufgelöst) und in einer Excel-Tabelle systematisch erfasst. Diese zeitnahe Verschriftlichung stellte sicher, dass nichts vergessen ging und die Daten für die Analyse vollständig vorlagen.
- **Teilnehmerschutz:** Wie bei allen Fokusgruppen besteht das Risiko, dass einzelne dominante Stimmen das Gespräch lenken. Die Moderatorin achtete daher proaktiv auf

ausgewogene Beteiligung, sprach auch zurückhaltende Mitglieder direkt an und leitete ggf. zur nächsten Frage über, wenn Diskussionen vom Thema abzuschweifen drohten. Darüber hinaus wurde zu Beginn jeder Sitzung auf die Vertraulichkeit hingewiesen („alles Gesagte bleibt in der Gruppe“) und ein offenes, wertschätzendes Diskussionsklima gefördert. Dieses Vorgehen senkt Hemmschwellen und erhöhte die Ehrlichkeit und Tiefe der Beiträge.

Durch diese Qualitätssicherungsmaßnahmen konnte eine hohe Datenvalidität erreicht werden: Die Ergebnisse spiegeln authentisch die Sichtweisen der PSNV-B-Kräfte wider und wurden während der Erhebung quasi intern validiert (Mitlese-Kontrolle durch Teilnehmer). Ein formaler Pre-Test im klassischen Sinne war somit entbehrlich.

3.3.2.2.4 Ethische Begutachtung und Freigabe

Wie bereits unter Studie 5 erwähnt, umfasste das Ethikvotum vom 11. Dezember 2023 auch die Durchführung der qualitativen Interviews. Alle ethischen Aspekte wurden analog beachtet:

- **Einwilligung zur Teilnahme:** Vor Beginn des Erfahrungsaustauschs informierte die Studienleitung die Teilnehmer nochmals über Zweck und Ablauf der Diskussion. Die Teammitglieder stimmten mündlich der Teilnahme zu, nachdem die Teamleitungen bereits schriftlich im Ethikantrag eingewilligt hatten. Es wurde klargestellt, dass sie jederzeit Fragen stellen oder die Diskussion abbrechen können, falls ein Thema unangenehm wird.
- **Vertraulichkeit und Anonymität:** Obwohl sich die Teammitglieder untereinander kannten, galt die Chatham-House-Regel: Inhalte dürfen außerhalb der Gruppe nicht personengebunden weitergetragen werden. In den Forschungsdaten selbst sind keine Klarnamen enthalten, Auswertungen referenzieren lediglich Teamnummern oder sprechen allgemein von „ein Team berichtete...“. Die dokumentierten Aussagen auf den Folien wurden so formuliert, dass keine personenbezogenen Daten enthalten waren (z. B. „ein Kollege aus unserem Team erlebte...“ statt Klarnamen). Auf direkte Nennung sensibler Details (etwa Firmennamen von betroffenen Unternehmen oder konkrete Ortsangaben) wurde verzichtet bzw. diese wurden in der schriftlichen Mitschrift pseudonymisiert.
- **Psychosoziale Fürsorge:** Da in den Gesprächen belastende Einsatzerlebnisse zur Sprache kommen konnten, war ein sensibler Umgang essenziell. Die Moderatorin ist selbst psychologisch geschult und hat darauf geachtet, bei emotionalen Äußerungen angemessen zu reagieren (etwa kurze Pausen anzubieten oder Unterstützung zu signalisieren). Nach Abschluss jeder Sitzung wurde den Teilnehmern gedankt und auf Wunsch eine Nachbesprechung ermöglicht. Kein Teilnehmer zeigte akuten Bedarf nach einer Intervention; dennoch stand das Forschungsteam für eventuelle spätere Anliegen bereit.
- **Datenspeicherung:** Die Ergebnisse der Fokusgruppen werden, wie die quantitativen Daten, sicher verwahrt. Zugriff haben nur autorisierte Personen des Forschungsteams. Die Excel-Auswertungstabelle der qualitativen Daten ist anonymisiert. Nach Projektabschluss ist vorgesehen, die Gesprächsnotizen gemäß Datenschutzrichtlinien zu löschen bzw. zu archivieren, sofern eine Nachanalyse geplant ist, aber ebenfalls in anonymisierter Form.

Durch diese Vorkehrungen wurde gewährleistet, dass die Durchführung der Gruppendiskussionen ethisch verantwortbar war. Die Teilnehmer fühlten sich laut Rückmeldungen wohl damit, offen zu sprechen, was auf das Vertrauen in die Wahrung der Vertraulichkeit zurückzuführen ist.

3.3.2.2.5 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der Studie 6 umfasst elf PSNV-B-Teams (Gruppen) mit insgesamt $n \approx 50 - 60$ teilnehmenden Einzelpersonen. Diese Teams stellen eine Teilmenge der ursprünglich in Studie 5 rekrutierten 13 Teams dar, zwei Teams schieden vor den Erfahrungsaustauschen aus (eines aufgrund fehlender Rückmeldungen, ein anderes konnte terminlich nicht eingebunden werden). Die Untersuchungseinheiten der qualitativen Analyse sind primär die Teams bzw. Teamdiskussionen, wobei natürlich auch auf Individualebene bemerkte Meinungen einfließen. Wesentliche Merkmale der Stichprobe:

- **Bundesländerverteilung:** Die elf Teams stammen aus acht verschiedenen Bundesländern (siehe Studie 5 Stichprobe), sodass eine geographische Vielfalt gegeben ist. Es sind sowohl Teams aus Flächenländern (z. B. Bayern, Niedersachsen) als auch Stadtstaaten (Bremen, Hamburg) vertreten.
- **Teamgröße und Struktur:** Die Teams variieren in ihrer Gesamtmitgliederzahl und Organisationsform. Einige gehören zu großen Hilfsorganisationen, andere sind in kirchlicher Trägerschaft. Diese Heterogenität spiegelt sich auch in der Teilnahmequote wider: Tendenziell nahmen aus kleineren Teams anteilig mehr Mitglieder am Gespräch teil als aus sehr großen Teams. Beispielsweise waren in zwei sehr großen Teams (50+ Mitglieder) lediglich die Teamleitungen allein im Austauschgespräch anwesend, während mittelgroße Teams (etwa 20 – 30 Mitglieder) häufig 3 – 5 Personen entsandten. Ein Team hielt seinen Erfahrungsaustausch sogar im Rahmen eines Gesamtteam-Treffens in Präsenz ab, wodurch mit 15 Teilnehmenden die größte Gruppe zustande kam. Im Durchschnitt waren etwa 5 – 6 Personen pro Team an den Diskussionen beteiligt.
- **Teilnehmende Rollen:** In allen elf Fokusgruppen war jeweils die Teamleitung (TL) vertreten, oft zusammen mit der stellvertretenden TL und ausgewählten erfahrenen Teammitgliedern. Somit konnten sowohl die koordinative Perspektive (Leitung) als auch die operativen Erfahrungen (einfache Mitglieder, teils aus unterschiedlichen Berufsgruppen) in die Diskussion einfließen. Dieses gemischte Setting trug dazu bei, vielschichtige Einblicke zu erhalten, von strategisch-organisatorischen Herausforderungen bis hin zu persönlichen Erlebnissen der Einsatzkräfte.
- **Erfahrungshintergrund:** Alle Teilnehmenden hatten den sechsmonatigen Dokumentationszeitraum durchlaufen und dabei Einsätze protokolliert. Sie waren daher mit dem Forschungsvorhaben bereits vertraut und hatten frische Erfahrungen, über die sie berichten konnten. Die meisten waren langjährig in der PSNV tätig (oft > 5 Jahre Ehrenamt), was die Gespräche mit reichhaltigen Fallbeispielen anreicherte. Einige Teams unterschieden sich hinsichtlich Spezialisierung: etwa Teams, die ausschließlich PSNV-B machen, vs. solche, die auch PSNV-Einsätze (Betreuung von Einsatzkräften) übernehmen. Solche Unterschiede wurden in den Diskussionen gelegentlich deutlich und liefern interessante Vergleichspunkte.
- **Durchführungsmodus:** Zehn Teams nahmen, wie erwähnt, via Videokonferenz am Erfahrungsaustausch teil. Dies funktionierte technisch problemlos und wurde von den Teilnehmenden wegen der Zeit- und Kostenersparnis geschätzt. Ein Team traf sich vor Ort mit der Moderatorin; dieses Team hatte mit 15 Personen gleichzeitig auch die höchste Beteiligungsquote (~30 % der Teammitglieder). Generell lag die Teilnahmequote (Anteil der Teammitglieder, die an der jeweiligen Diskussion teilnahmen) im Schnitt bei rund 23 %.

Aus dieser Stichprobe ergibt sich eine breite Datenbasis qualitativer Art. Zwar ist die Anzahl der Gruppen begrenzt, doch durch die dichte Beschreibung innerhalb jeder Gruppe und die Mischung aus verschiedenen Regionen und Teamgrößen ist die inhaltliche Variabilität hoch. Die elf Gruppen repräsentieren einen relevanten Ausschnitt der PSNV-B-Landschaft, mit einer leichten Überschätzung aktiver/engagierter Teams (da eher motivierte Teams teilnahmen). Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, schmälert aber nicht die Transferierbarkeit zentraler Befunde auf ähnliche Kontexte, da viele geäußerte Erfahrungen universellen Charakter haben (z. B. Herausforderungen in Firmen, Kommunikationsprobleme mit Leitstellen etc., die auch für andere Teams gelten dürften).

3.3.2.2.6 Auswertungsverfahren und Datenanalyse

Die in den Erfahrungsaustausch-Gesprächen erhobenen qualitativen Daten wurden mittels einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Mayring, 2015). Konkret wurde ein induktives Kategoriensystem entwickelt, um die Vielzahl an Einzeläußerungen systematisch zu ordnen und zu interpretieren. Der Auswertungsprozess gestaltete sich in mehreren Schritten:

3.3.2.2.6.1 Datenaufbereitung

Zunächst wurden die während der Gespräche erstellten Stichpunkt-Protokolle (PowerPoint-Folien) in eine elektronische Tabelle (Excel) überführt. Die Tabelle war nach Fragen (Spalten) und Teams (Zeilen) strukturiert, so dass pro Fragestellung alle Antworten der unterschiedlichen Teams nebeneinander lagen. Dieser tabellarische Überblick erleichterte die anschließende inhaltliche Analyse, da man horizontal vergleichend lesen konnte, was z. B. Team 1, Team 2 etc. jeweils auf Frage 4 geantwortet hatten.

3.3.2.2.6.2 Induktive Kategorienbildung

Für jede der 15 Leitfragen wurden dann Zeile für Zeile die Aussagen durchgegangen und relevante Einzelaspekte identifiziert. Diese feinsten Bedeutungseinheiten (z. B. „Protokollieren war zeitaufwendig“, „mehr Personen betreuen = mehr Aufwand“) wurden als solche notiert. Anschließend wurden thematisch ähnliche Aspekte gebündelt und zu übergeordneten Kategorien abstrahiert. Dieser Prozess folgte dem induktiven Vorgehen nach Mayring (2015), d. h. es gab keine vorab feststehenden Kategorien; diese ergaben sich vielmehr aus dem Material. Beispiel: Bei Frage 1 („Herausforderungen beim Ausfüllen der Protokolle?“) kristallisierten sich Aspekte rund um den Zeitaufwand und die Lästigkeit der Dokumentation heraus. Diese wurden in einer Kategorie *„Aufwand beim Protokollieren“* zusammengefasst. Parallel tauchte ein weiterer Themenstrang auf, nämlich die unangenehme Situation, sensible Angaben erfragen zu müssen (z. B. Alter der Betroffenen). Dafür wurde eine separate Kategorie *„Hemmungen bei bestimmten Angaben“* gebildet. So verfahren die Codierer für jede Frage: Aus den Rohdaten wurden schrittweise Kategorien auf höherer Abstraktionsebene entwickelt, bis alle Aussagen einer Kategorie zugeordnet waren. Wichtig war dabei die Trennschärfe der Kategorien, in einer abschließenden Revision wurden ggf. überschneidende Kategorien zusammengelegt oder zu breit gefasste weiter unterteilt. Insgesamt resultierten auf diese Weise aus 315 Einzelantworten (ein Team konnte pro Frage mehrere Punkte nennen) rund 80 – 90 Kategorien verteilt über alle Fragen (die genaue Verteilung ist in der Projektdokumentation mit Kategorieanzahlen pro Frage aufgeführt; z. B. 8 Kategorien zu Frage 4, 6 Kategorien zu Frage 5 etc.).

3.3.2.2.6.3 Kategorienbeschreibungen und Interpretation

Im nächsten Schritt wurden die gefundenen Kategorien näher beschrieben und mit Beispielen aus den Originalaussagen unterlegt. Die Kategorienbeschreibungen helfen, die zentrale Aussage jeder Kategorie verständlich zu machen. Beispielsweise wurde die Kategorie *„Aufwand beim Protokollieren“* beschrieben als: *„Das Ausfüllen der Einsatzprotokolle wird als*

zeitraubend und lästig empfunden, besonders wenn viele Betroffene zu dokumentieren sind.“ Diese Beschreibung stützt sich auf mehrere Teams, die unabhängig voneinander ähnliches berichtet hatten („dauerte lange, obwohl wir wenige Einsätze hatten“, „bei vielen Betroffenen sehr mühsam, so viele Daten abzufragen“ etc.). Durch solche verdichteten Beschreibungen konnten die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Teams herausgearbeitet werden.

3.3.2.2.6.4 Quantitative Anteile (Häufigkeitsauszählung)

Ergänzend zur qualitativen Inhaltsanalyse wurde eine Quantifizierung vorgenommen, um die Verbreitung bestimmter Meinungen abzuschätzen. Dazu wurde für jede Kategorie festgehalten, wie viele Teams (von elf) diese Kategorie erwähnt bzw. bestätigt hatten. Außerdem wurde die absolute Zahl der Nennungen (Einzelaspekte) pro Kategorie erfasst, da manche Teams einen Punkt mehrfach oder mit unterschiedlichen Worten betonten. Diese quantitative Auswertung erlaubt es z. B. zu berichten, dass eine bestimmte Herausforderung von „10 von 11 Teams“ genannt wurde, wohingegen ein anderer Aspekt vielleicht nur von drei Teams geäußert wurde. Solche Angaben relativieren die Ergebnisse und zeigen, welche Erfahrungen nahezu alle teilen und welche eher spezifisch für einzelne Teams sind.

3.3.2.2.6.5 Softwareeinsatz

Die Analyse wurde manuell unterstützt durch Excel durchgeführt. Aufgrund der moderaten Datenmenge und der klaren Struktur des Materials war der Einsatz spezieller QDA-Software (wie MAXQDA o. Ä.) nicht zwingend erforderlich. Excel erfüllte die Funktion, Textstellen zu organisieren und Kategorien zuzuweisen, in Verbindung mit sorgfältiger Dokumentation der Kodierregeln.

3.3.2.2.6.6 Methodische Begründung

Die Entscheidung für die qualitative Inhaltsanalyse (und insbesondere das induktive Vorgehen) begründet sich durch den explorativen Charakter der Fragestellungen. Da wenig Vorwissen über die möglichen Antworten der PSNV-B-Kräfte bestand, sollte das Material „offen“ ausgewertet werden, um neue, unerwartete Aspekte nicht durch ein zu starres Schema zu übersehen. Induktive Kategorienbildung ist hierfür ideal, da sie direkt aus den Daten heraus erfolgt (Philip, 2021). Gleichzeitig sorgt das strukturierende Element, die Fragen als Leitfaden, dafür, dass die Auswertung entlang vordefinierter Themenkomplexe erfolgt, was die Vergleichbarkeit erhöht. Die Inhaltsanalyse nach Mayring bietet einen transparenten Ablauf mit definierter Analyseinheit und Kategorisierungsregeln, was die intersubjektive Förderung fördert. Tatsächlich wurde ein Teil des Materials von zwei Auswertenden unabhängig kategorisiert und anschließend verglichen (Mehrfachkodierung bei den ersten drei Fragen), um die Kodierlogik zu schärfen. Unterschiede wurden diskutiert und Kodierleitlinien angepasst. Dieser Prozess erhöhte die Zuverlässigkeit der Zuordnungen. Insgesamt entstand so ein belastbares Kategoriensystem, mit dem die Ergebnisse aus den Gruppengesprächen übersichtlich dargestellt und im Forschungsbericht berichtet werden konnten.

Zusammenfassend lieferte die Datenanalyse ein qualitatives Profil der PSNV-B-Team-Erfahrungen: Es wurden wiederkehrende Themen (z. B. Umgang mit Unternehmen, innerteamliche Unterstützung, Grenzen des Ehrenamts) identifiziert und zugleich quantifiziert, wie häufig diese auftreten. Diese Art der Auswertung erlaubt es, gezielt Handlungsempfehlungen abzuleiten (z. B. wenn fast alle Teams einen bestimmten Weiterbildungsbedarf äußern) und seltene, aber dennoch wichtige Aspekte nicht zu vernachlässigen.

3.3.2.2.7 Anreizsysteme zur Teilnahme

Die Teilnahme an der zweiten Befragungsphase wurde ebenfalls durch verschiedene Maßnahmen gefördert, wobei der Charakter hier ein etwas anderer war als in Phase 1, da die

Motivation der Teams bereits durch die vorherige Zusammenarbeit hoch war. Folgende Anreize und Rahmenbedingungen trugen zum Erfolg der Erfahrungsaustausche bei:

- **Kommunizierter Mehrwert der Diskussion:** Den Teams wurde deutlich gemacht, dass dieser Erfahrungsaustausch nicht nur der Forschung dient, sondern auch ihnen selbst Nutzen bringt. Es bot sich die seltene Gelegenheit, in geschütztem Rahmen als Team über die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und von den Gedanken der Kollegen zu lernen. Dieses „organisierte Innehalten“ wurde von vielen als wertvoll empfunden, einige Teams äußerten, dass sie im stressigen Ehrenamtsalltag kaum Zeit für solchen Erfahrungsaustausch haben und dankten für den Anstoß. Die Aussicht, interne Erkenntnisse zu gewinnen und die Teamkohäsion zu stärken, wirkte somit als intrinsischer Anreiz.
- **Flexibles und diskretes Terminmanagement:** Ähnlich wie bei den Schulungen konnten die Teamleitungen über ein Online-Tool Wunschtermine für den Erfahrungsaustausch buchen. Die Terminvergabe erfolgte anonymisiert (die Teams sahen nicht, welche Slots andere Teams belegten), was möglichen Wettbewerbs- oder Vergleichsdruck vermied. Diese Flexibilität erleichterte die Teilnahme erheblich, da jedes Team einen für sich passenden Zeitpunkt finden konnte. Zudem war es durch die digitale Durchführung egal, wo sich die Mitglieder befanden, einige nahmen von zuhause aus teil, was insbesondere abends nach der Arbeit die Teilnahmequote erhöhte.
- **Geringer logistischer Aufwand:** Die Tatsache, dass 90 % der Sitzungen online stattfinden konnten, war ein großer Vorteil. Es entstanden keinerlei Reisekosten oder -zeiten für die Ehrenamtlichen. Die technische Schwelle war gering, da alle bereits durch die vorherigen Meetings mit Zoom vertraut waren. Ein Team entschied sich bewusst für eine Präsenzzrunde, was aber ebenfalls unterstützt wurde (die Forscher reisten zum Team); dies zeigt, dass auf individuelle Wünsche eingegangen wurde. Insgesamt signalisierten die Forschenden damit: „*Wir richten uns nach euch*“, was die Bereitschaft zur Teilnahme stärkte.
- **Fortsetzung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit:** Durch Studie 5 bestand bereits eine Beziehung zwischen Forschungsteam und den PSNV-B-Teams. Die offene Kommunikation und die Wertschätzung, die man den Ehrenamtlichen entgegenbrachte (z. B. Dank für das gewissenhafte Ausfüllen der Protokolle), setzten sich nahtlos in Phase 2 fort. Viele Teilnehmende fühlten sich als Partner auf Augenhöhe, deren Wissen ernstgenommen wird. Dieses Vertrauen war ein immaterieller, aber nicht zu unterschätzender Anreiz, erneut Zeit zu investieren.
- **Keine finanziellen Anreize, aber ideelle:** Auch in dieser Phase gab es keine monetäre Entlohnung. Stattdessen wurde als „Gegenleistung“ in Aussicht gestellt, dass die Teams umfassend über die Studienergebnisse informiert werden. Die Forscher betonten, dass sie die Erkenntnisse sowohl in wissenschaftlichen Publikationen als auch in praxisorientierten Leitfäden aufbereiten möchten, letztere könnten den Teams wiederum helfen, ihre Arbeit intern oder gegenüber Unternehmen zu verbessern. Die Teilnehmer wussten also, dass ihre Inputs direkt in konkrete Empfehlungen für Betriebe und PSNV-Organisationen einfließen. Die Aussicht, die eigene Erfahrung zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung im Arbeitsleben beitragen zu können, war für viele Motivation genug (Stichwort: Altruistischer Anreiz durch Sinnstiftung).
- **Angenehme Gesprächsatmosphäre:** Schließlich wurde auf eine wertschätzende Atmosphäre während der Workshops geachtet, kleine Dinge wie ein freundlicher Einstieg, Humor an passenden Stellen und das Lob für die Offenheit motivierten die Teilnehmer,

sich aktiv einzubringen. Am Ende jeder Sitzung bedankte sich die Moderatorin ausführlich für die Zeit und die geteilten Erfahrungen. Einige Teams äußerten nach den 2 Stunden, dass sie die Runde gerne noch verlängert hätten, ein Indiz dafür, dass das „Format Erfahrungsaustausch“ als positiv erlebt wurde. Dieses direkte positive Feedback verbreitete sich teilweise auch innerhalb der PSNV-Community und könnte künftigen Studien als Reputation zugutekommen.

Insgesamt gelang es, trotz der Zusatzbelastung der langen Projektlaufzeit, die meisten Teams auch für die qualitative Phase zu begeistern. Die Kombination aus inhaltlichem Eigeninteresse, niedrigschwelliger Organisation und dem Gefühl, Teil eines sinnvollen Unterfangens zu sein, bildete ein erfolgreiches Anreizbündel. Diese Erfahrungen unterstreichen, wie wichtig es ist, gerade Ehrenamtlichen auf Augenhöhe zu begegnen und ihnen den Nutzen ihrer Beteiligung deutlich aufzuzeigen.

3.3.2.3 Studie 7: Sekundärdatensatz, Ergänzende Datenanalyse

3.3.2.3.1 Untersuchungsdesign

Studie 7 wurde als Sekundärdatenanalyse angelegt, um bestehende Einsatz-Daten quantitativ zu untersuchen und daraus zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen. Es handelt sich um ein exploratives, quantitativ-deskriptives Design mit vergleichenden Elementen: Anhand eines vorhandenen Datensatzes aus einem früheren Forschungsprojekt werden Unterschiede zwischen Einsätzen der Psychosozialen Notfallversorgung bei Betroffenen im Unternehmenskontext (PSNV-B(U)) und solchen ohne Unternehmensbezug (PSNV-B(nU)) analysiert. Die Studie ist nicht-experimentell und nutzt bereits erhobene Einsatz- und Befragungsdaten, was eine retrospektive Dokumentenanalyse mit überwiegend quantitativer Auswertung darstellt. Ergänzend fließen qualitative Elemente ein (Auswertung offener Antworten), um ein umfassendes Bild zu erhalten. Insgesamt folgt das Vorgehen dem Ziel, deskriptive Statistiken und Gruppenvergleiche durchzuführen, um etwaige Unterschiede im Erleben und in den Ergebnissen von PSNV-Einsätzen im Unternehmenskontext gegenüber anderen Kontexten zu identifizieren.

3.3.2.3.2 Screening-Verfahren

Da es sich um eine Sekundäranalyse handelt, fand kein klassisches Teilnehmer-Screening über neue Fragebögen statt. Stattdessen wurden bestehende Dokumentationsdaten und Fragebogendaten nach definierten Kriterien ausgewählt und aufbereitet:

3.3.2.3.2.1 Datenquelle und Auswahl

Ausgangspunkt war ein Datensatz des Kriseninterventionsteams München (KIT-München) aus einem früheren Forschungsprojekt (Längsschnittstudie 2020 – 2021). Dieser Datensatz umfasste ursprünglich 1 083 PSNV-B-Einsätze mit ca. 2 400 betreuten Personen. Für die Sekundäranalyse wurden nur Fälle einbezogen, die den Forschungsfokus erfüllen und Qualitätskriterien genügen. Konkret wurden alle Einsätze berücksichtigt, bei denen:

- *Die betreuten Personen volljährig waren (mind. 18 Jahre alt) und eine Einwilligung zur Studienkontaktaufnahme erteilt hatten (dies wurde bereits im Ursprungseinsatz erfragt).*
- *Pro Einsatz maximal drei Betroffene vom KIT-Team betreut wurden. Einsätze mit einer größeren Zahl an Betroffenen wurden, wie schon im Ursprungsprojekt, ausgeschlossen, um eine homogene Datengrundlage sicherzustellen.*
- *Eine vollständige Einsatzdokumentation vorlag. Unvollständig dokumentierte Fälle (fehlende Kernangaben) wurden aus Qualitätsgründen ausgeschlossen.*

- *Keine anderen Ausschlusskriterien aus dem Ursprungsprojekt zutrafen (z. B. Betroffene mit akuter Suizidgefährdung oder demenzielle Erkrankung wurden bereits damals von einer Teilnahme ausgeschlossen).*

3.3.2.3.2.2 Klassifikation der Unternehmensbezüge

Ein zentrales Ziel war es, innerhalb des Datensatzes jene Fälle zu identifizieren, die einen Unternehmens- oder Arbeitskontext aufweisen (PSNV-B(U)). Da das ursprüngliche Einsatzprotokoll eine solche Unterscheidung nicht ausdrücklich als eigenes Feld enthielt, wurde ein Screening der Einsatzberichte und Variablen durchgeführt, um jeden Fall als *PSNV-B(U)* oder *PSNV-B(nU)* zu klassifizieren. Dabei wurden folgende Kriterien herangezogen:

- *Die im Protokoll angegebene Art des Ereignisses: War z. B. „Arbeitsunfall“ als Ereignisart vermerkt, wurde der Fall als Unternehmenskontext gewertet. Ebenso wurden Unfälle auf dem Arbeitsweg (Wegeunfälle, z. B. Verkehrsunfall auf dem Weg zur/von der Arbeit) einbezogen, da sie im Sinne der Unfallversicherung dem Arbeitsunfall gleichgestellt sind.*
- *Die Rolle bzw. Beziehung der betreuten Person zur sogenannten Indexperson (der direkt vom Notfall betroffenen Person): War die betreute Person Kolleg:in der Indexperson oder in beruflicher Funktion vor Ort (z. B. Lokführer bei Personenschaden im Gleisbereich), indizierte dies einen Unternehmensbezug. Ein kollegiales Verhältnis oder eine berufliche Rolle der Betroffenen deutet darauf hin, dass das Ereignis im Arbeitsumfeld stattfand.*
- *Der Ort des Ereignisses und Kontext: Hinweise darauf, dass ein Notfall am Arbeitsplatz oder in einer Firma passiert ist (z. B. „Betriebsgelände“ oder Firmenname im Freitext), führten zur Einstufung als PSNV-B(U)-Fall.*
- *Zusätzlich wurden alle Freitextangaben der Einsatzkräfte im Dokumentationsformular geprüft, da dort oft detailreiche Beschreibungen enthalten waren. Diese halfen, unklare Fälle aufzuklären (z. B. wenn jemand als „Augenzeuge“ codiert war, wurde anhand des Freitexts ersichtlich, ob es sich um eine zufällige Passantin oder eine Arbeitskollegin handelte).*

In Fällen, bei denen die Zugehörigkeit zum Unternehmenskontext nicht eindeutig war (etwa Betroffene waren als Ersthelfende oder Augenzeuginnen vor Ort, ohne klare Angabe des Kontexts), wurden die betreffenden Datensätze individuell begutachtet. Die Projektmitarbeiterinnen zogen bei Bedarf den ursprünglichen Einsatzbericht zurate oder konsultierten den Datenlieferanten (in diesem Fall den Leiter des KIT-München-Projekts) zur Klärung. Dieses manuelle Screening stellte sicher, dass jeder Einsatz korrekt als PSNV-B(U) oder PSNV-B(nU) klassifiziert wurde.

Auf diese Weise entstand aus dem großen Ursprungsdatensatz ein Sekundärdatensatz mit den für Studie 7 relevanten Fällen, sauber getrennt nach Unternehmensbezug vs. keinem Unternehmensbezug. Dieses strukturierte Screening der Dokumente und Daten bildet die Grundlage für alle weiteren Analysen.

3.3.2.3.3 Entwicklung des Befragungsinstruments bzw. Analyseverfahrens

In Studie 7 selbst wurden keine neuen Befragungsinstrumente entwickelt, da auf bestehende Instrumente aus dem Ursprungsprojekt zurückgegriffen wurde. Es ist jedoch wichtig darzustellen, welche Instrumente dort zum Einsatz kamen und wie diese ausgewählt bzw. konstruiert waren, da sie die Datengrundlage für die Sekundäranalyse bilden. Die ursprüngliche Datenerhebung umfasste drei Messzeitpunkte (t1 – t3) mit unterschiedlichen Instrumenten:

3.3.2.3.3.1 Messzeitpunkt 1 (t1), Einsatzdokumentation durch PSNV-B-Einsatzkräfte

Unmittelbar nach jedem Einsatz füllte die jeweilige PSNV-B-Kraft ein standardisiertes Einsatzprotokoll (STEPS-B) aus. Im Rahmen des Einsatzprotokolls wurden umfassende Angaben zum Verlauf des Einsatzes dokumentiert, einschließlich Einsatzdatum, Alarmierungszeit, Dauer der Betreuung (Beginn und Ende) sowie der Quelle der Alarmierung. Zusätzlich erfolgte eine detaillierte Beschreibung des Ereignisses, wobei die Art des Notfalls (z. B. Verkehrsunfall, Suizid, Herz-Kreislauf-Stillstand), der genaue Ort sowie der Kontext (privat, öffentlich oder Arbeitsplatz) erfasst wurden. Weiterhin enthielt das Protokoll spezifische Informationen zur sogenannten Indexperson, also der Person, die das Ereignis unmittelbar ausgelöst oder erlitten hatte (z. B. verletzte oder verstorbene Person, sofern vorhanden). Ebenfalls erfasst wurden Anzahl und Rolle der betreuten Personen, beispielsweise Angehörige, Hinterbliebene, Ersthelfende oder Augenzeuginnen, sowie deren Beziehung zur Indexperson (z. B. Familienmitglied, Kollegin oder keine Beziehung). Ergänzend wurden, soweit bekannt oder angegeben, soziodemografische Merkmale der betreuten Personen dokumentiert, insbesondere Geschlecht (Einschätzung der Einsatzkraft), Alter (exakt oder geschätzt) und gegebenenfalls die Nationalität.

Das Protokoll enthielt zudem eine detaillierte Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen und der Art der Betreuung, beispielsweise Gesprächsführung, emotionale Stabilisierung sowie die Vermittlung von weiterführenden Hilfen. Es wurde auch dokumentiert, welche spezifischen Interventionsmaßnahmen stattfanden und ob weitere Unterstützungsangebote, wie Nachbetreuung oder Informationen zu professioneller Hilfe, gemacht wurden. Die Kooperation vor Ort, insbesondere ob andere Einsatzkräfte oder Dienste wie Rettungsdienst, Notarzt oder Polizei anwesend waren und mit diesen zusammengearbeitet wurde, wurde ebenfalls erfasst. Zusätzlich beinhaltete das Protokoll eine Reflexion der Einsatzkräfte über den Verlauf und Erfolg des Einsatzes, wobei die Einsatzkräfte auf mehrstufigen Likert-Skalen (meist vierstufig von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft ganz zu“) bewerteten, wie gut sie der betroffenen Person helfen konnten oder wie belastend der Einsatz für die Person aus Sicht der Helfenden wirkte. Ein Freitextfeld bot zudem die Möglichkeit, Besonderheiten oder wichtige Details in eigenen Worten zu schildern, was oft genutzt wurde, um weitere relevante Kontextinformationen festzuhalten.

Zusätzlich zum Standard-Protokoll wurde für Forschungszwecke ein ergänzendes Modul entwickelt, das weitere literaturbasierte Aspekte des akuten Zustands der betreuten Person erfasste. Hierzu gehörte beispielsweise die Verbalisierungsdauer in Minuten, also die Zeit, die die betroffene Person benötigte, um das Erlebte zu schildern, als Indikator für die Ausführlichkeit oder mögliche Schwierigkeiten bei der Verbalisierung. Weiterhin bewertete die PSNV-Kraft die wahrgenommenen Emotionen der betroffenen Person zu Beginn und am Ende der Betreuung auf einer fünfstufigen Skala; hierbei wurde beispielsweise eingeschätzt, ob die Person anfänglich starke Panik zeigte und ob sich diese Emotion im Verlauf verbesserte. Zudem erfolgte eine Einschätzung peritraumatischer Dissoziation mittels eines Items, das am Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) orientiert war. Die Einsatzkraft beurteilte hierbei, ob Anzeichen einer Dissoziation, wie Abwesenheit oder ein Gefühl von „Nebeligkeit“, wahrnehmbar waren. Zusätzlich wurde ein Item zur psychophysiologischen Erregung (Arousal) erfasst, beispielsweise Zittern, Schwitzen oder Herzklopfen, ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Abschließend wurde vermerkt, ob die betroffene Person einer späteren Studienbeteiligung zugestimmt hatte, was durch mündliche Nachfrage vor Ort erfolgte und anschließend dokumentiert wurde.

3.3.2.3.3.2 Messzeitpunkt 2 (t2), Fragebogen für Betroffene ca. 2 – 6 Wochen nach dem Ereignis

Dieser Zeitpunkt erfasste die Perspektive der betreuten Personen selbst. Allen Betroffenen, die bei t1 zugestimmt hatten, wurde nach etwa 2 – 6 Wochen ein umfassender Fragebogen zugesandt (wahlweise als Papier oder Online). Der Fragebogen wurde literaturbasiert zusammengestellt, um zentrale Faktoren und Auswirkungen des Ereignisses sowie der geleisteten Hilfe zu erheben. Die Bearbeitungszeit betrug ca. 40 – 50 Minuten. Folgende Instrumente und Inhalte kamen zum Einsatz (mit etablierten Skalen, teils in validierten deutschen Versionen).

3.3.2.3.3.2.1 Bewertung der PSNV-Maßnahmen

Ein eigens konstruierter Teil fragte die Betroffenen, wie sie den KIT-Einsatz rückblickend empfanden. Konkret wurde für jede im Einsatz mögliche Maßnahme erfragt, ob diese stattgefunden hat und wie hilfreich sie jeweils erlebt wurde (z. B. „Hat die Einsatzkraft Ihnen aktiv zugehört?“, *Ja/Nein*; falls Ja: „Wie hilfreich war das für Sie?“ auf z. B. 5-stufiger Skala von „gar nicht“ bis „sehr hilfreich“). Außerdem konnten sie den Gesamteindruck schildern (z. B. „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung durch das KIT?“).

3.3.2.3.3.2.2 Offene Fragen zum Einsatz

Die Betroffenen konnten in eigenen Worten angeben, was besonders hilfreich war bzw. was weniger hilfreich oder verbesserungswürdig gewesen wäre. Diese Freitextfelder ermöglichten qualitative Rückmeldungen zu den Stärken und Schwächen der psychosozialen Akuthilfe aus Sicht der Betroffenen.

3.3.2.3.3.2.3 Akute Belastungsreaktionen

Um das Erleben direkt während und kurz nach dem Notfall zu erfassen, wurde der *Peritraumatic Distress Inventory* (PDI, deutsch: Peritraumatischer Belastungsfragebogen) eingesetzt. Dieser 13-Item-Fragebogen (Brunet et al., 2001, dt. Übers. Maercker, 2002) erfasst die emotionalen und körperlichen Belastungssymptome während des Notfalls (z. B. Item „Ich fühlte mich hilflos“, mit Antwortskala 0 = trifft überhaupt nicht zu bis 4 = trifft völlig zu). Höhere Summenwerte deuten auf eine stärkere akute Stresserfahrung hin; ein vorläufiger Cut-off von 26 Punkten kann ein Hinweis auf erhöhte Traumatisierungsgefahr sein.

3.3.2.3.3.2.4 Peritraumatische Dissoziation

Ergänzend wurde der *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Marmar et al., 1994, dt. Übers. Maercker, 1994) eingesetzt. Mit zehn Items (Likert 1 – 5) erfasst er Erlebnisse wie Benommenheit, Zeitverzerrung oder das Gefühl, neben sich zu stehen, während des Ereignisses. Ein Mittelwert > 1,5 gilt als Hinweis auf erhebliche Dissoziation, die als Risikofaktor für PTBS gilt.

3.3.2.3.3.2.5 Soziale Unterstützung (nach dem Ereignis)

Hier kam die *Crisis Support Scale* (CSS; Joseph et al., 1999) in angepasster Form zum Einsatz. Abgefragt wurde, wieviel Unterstützung durch andere die Person direkt nach dem Ereignis und aktuell erfährt. Die Skala umfasste in der modifizierten Fassung 14 Items, jeweils sieben Fragen bezogen auf die Phase unmittelbar nach dem Notfall (Vergangenheit im Präteritum, z. B. „Gab es jemanden, der direkt nach dem Ereignis für Sie da war und Ihnen zuhörte?“) und parallel die gleichen sieben in der Gegenwartsform für die aktuelle Situation (z. B. „Wenn Sie aktuell mit jemandem reden wollen: Wie oft ist jemand für Sie da, der Ihnen zuhört?“). Antworten erfolgten auf einer Skala von 1 = nie bis 7 = immer. (Hinweis: Zwei negativ formulierte Items, etwa zur fehlenden Unterstützung, wurden bei der Auswertung invertiert.) Dieses Instrument liefert zwei Summenwerte (frühe Unterstützung vs. aktuelle Unterstützung); höhere Werte entsprechen mehr wahrgenommener sozialer Rückendeckung.

3.3.2.3.3.2.6 *Vorbelastungen durch traumatische Erlebnisse*

Mit der *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013a) wurde erfasst, welche schwer belastenden Ereignisse die Person in ihrem Leben bereits erlebt hat (z. B. Naturkatastrophe, schwere Unfälle, körperliche Gewalt, sexueller Übergriff, Suizid eines Nahestehenden etc.). Die Befragten gaben für jede Eventkategorie an, ob ihnen so etwas *widerfahren ist, als Zeugin beobachtet, bei einer nahestehenden Person erlebt, berufsbedingt oft gesehen** usw., Mehrfachnennungen waren möglich. So entstand ein Profil der persönlichen Trauma-Vorgeschichte. Anhand der LEC-5 sollten die Teilnehmenden anschließend dasjenige Ereignis identifizieren, das sie als das schlimmste/belastendste in ihrem Leben ansehen (Falls dies nicht der aktuelle Notfall war, wurde deutlich gemacht, dass hier die generelle Lebenshistorie gemeint ist). Details zu diesem schlimmsten Ereignis (z. B. wie lange es zurückliegt, ob Lebensgefahr bestand, ob jemand dabei ums Leben kam oder es sich um sexualisierte Gewalt handelte) wurden ebenfalls abgefragt.

3.3.2.3.3.2.7 *Posttraumatische Belastungssymptomatik*

Direkt anschließend füllten die Teilnehmenden die PTBS-Checkliste für DSM-5 (*PTSD Checklist for DSM-5*, PCL-5; Weathers et al., 2013b, dt. Übers. Krüger-Gottschalk et al., 2017) aus, bezogen auf das zuvor benannte belastendste Ereignis. Dieser Fragebogen listet 20 Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Intrusionen, Vermeidung, negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung, und Übererregung) gemäß DSM-5 auf. Ein Beispielitem lautet: „Starke negative Gefühle haben, wie Angst, Schrecken, Wut, Schuld oder Scham“. Die Betroffenen gaben auf einer Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark an, wie sehr sie jedes Symptom in den vergangenen Wochen erlebt haben. Die Antworten ergeben einen Summenwert von 0 - 80; Werte ab ca. 31 – 33 gelten als auffällig und können auf eine mögliche PTBS hindeuten. (Hinweis: Die tatsächliche PTBS-Diagnose bedarf eines klinischen Interviews; dieser Fragebogen diene als Screening der Belastungssymptome.)

3.3.2.3.3.2.8 *Depressive Symptomatik*

Zur Erfassung depressiver Verstimmungen kam der bekannte *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Spitzer et al., 1999, dt. nach Gräfe et al., 2004) zum Einsatz. Die neun Items beziehen sich auf typische Depressionssymptome (z. B. „Wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten“) und wurden dahingehend beantwortet, wie oft diese in den letzten zwei Wochen auftraten (0 = überhaupt nicht, 1 = an einigen Tagen, 2 = an mehr als der Hälfte der Tage, 3 = fast jeden Tag). Ein Summenwert von 5 – 9 Punkten weist auf eine mildere depressive Symptomatik hin, 10 – 14 auf eine moderate, ≥ 15 auf eine klinisch bedeutsame (moderate bis schwere) Depression. Ergänzt wurde im Fragebogen noch eine zusätzliche Frage, wie stark die genannten Probleme Alltag, Beruf und zwischenmenschliches Leben der Person beeinträchtigt haben (Antwort z. B. „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“).

3.3.2.3.3.2.9 *Traumabezogene Kognitionen*

Um zu erfassen, wie die Betroffenen über das Ereignis und dessen Folgen denken, wurde der *Posttraumatic Cognitions Inventory* in Kurzform (PTCI-Kurzversion, 20 Items; Foa et al., 1999, dt. Übers. Ehlers & Boos) eingesetzt. Dieser Fragebogen misst dysfunktionale Kognitionen nach einem Trauma, z. B. negative Überzeugungen über die eigene Handlungsfähigkeit oder die Welt („Das Ereignis hat dauerhaft beschädigt, wie ich mich als Person sehe“ oder „Man kann niemandem trauen“). Die Teilnehmenden gaben an, inwieweit sie in der letzten Woche jedem Satz zustimmen (1 = stimme gar nicht zu bis 7 = stimme völlig zu). Höhere Werte spiegeln stärker ausgeprägte negative Überzeugungen wider.

3.3.2.3.3.2.10 *Schlafqualität/Insomnie*

Der *Insomnia Severity Index* (ISI; Morin, 1993; dt. Übers. Gerber et al., 2016) erfasste mögliche Schlafstörungen in den letzten zwei Wochen. Er umfasst sieben Items, die verschiedene Aspekte von Schlafproblemen abfragen, etwa Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sowie Tagesbeeinträchtigung durch schlechten Schlaf. Ein Item lautet z. B.: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Schlaf?“ (0 = sehr zufrieden bis 4 = sehr unzufrieden). Die Items werden summiert (max. 28 Punkte); ein Wert von 0 – 7 bedeutet keine klinisch relevante Insomnie, 8 – 14 leichte Schlafprobleme, 15 – 21 moderate Insomnie und ≥ 22 schwere Insomnie.

3.3.2.3.3.2.11 *Grübelneigung*

Um repetitive negative Gedanken zu messen, unabhängig vom konkreten Inhalt, wurde der *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ; Ehring et al., 2011) eingesetzt. Die 15 Items (z. B. „Dieselben Gedanken gehen mir immer und immer wieder durch den Kopf“) erfassen die Neigung zu anhaltendem Grübeln und Sorgen. Antwortskala: 0 = nie bis 4 = fast immer. Ein hoher Summenwert entspricht starker Tendenz zu unkontrollierbarem, belastendem Grübeln, was als transdiagnostischer Risikofaktor für psychische Beschwerden gilt. Der PTQ hat eine sehr hohe interne Konsistenz ($\alpha \approx .95$) und wurde für diese Studie in der Originalsprache Deutsch verwendet.

3.3.2.3.3.2.12 *Mentales Wohlbefinden*

Um auch positive Aspekte abzubilden, nutzten wir die *Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (SWEMWBS; Stewart-Brown et al., 2009; dt. Übers. Bachinger & Lang, 2013). Sie umfasst sieben positiv formulierte Aussagen zum psychischen Wohlbefinden (z. B. „Ich habe mich optimistisch bezüglich der Zukunft gefühlt“ oder „Ich habe mich nützlich gefühlt“). Die Teilnehmenden gaben an, wie häufig sie das jeweils in den letzten zwei Wochen erlebt haben (1 = gar nicht bis 5 = immer). Die Gesamtpunktzahl kann mittels Normtabellen in einen Well-Being-Index umgerechnet werden, höhere Werte stehen für höheres Wohlbefinden.

3.3.2.3.3.2.13 *Funktionsniveau in Alltag und Arbeit*

Hier kam eine adaptierte Version der *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS; Marks, 1986; dt. Übers. Heissel et al., 2021, als „Arbeits- und Sozialanpassungsskala“) zum Einsatz. Die WSAS erhebt, inwieweit psychische Probleme das Alltagsleben in verschiedenen Bereichen beeinträchtigen. In der Studie wurde der Fragebogen leicht modifiziert: Statt fünf Items wurden sieben Lebensbereiche abgefragt (die standardmäßigen Bereiche Arbeit/Studium, Haushalt, soziale Aktivitäten, Freizeit und zwischenmenschliche Beziehungen, plus zwei ergänzte Bereiche: ehrenamtliche Tätigkeit und Sexualleben, um für alle Teilnehmenden relevante Bereiche abzudecken). Jedes Item wird auf einer Skala von 0 = überhaupt keine Beeinträchtigung bis 8 = extreme Beeinträchtigung bewertet, bezogen auf die letzten sieben Tage. Ein Beispiel: „Inwieweit sind Sie durch Ihre psychische Verfassung derzeit in Ihrer Arbeit oder Ausbildung eingeschränkt?“ (0 = gar nicht, 8 = extrem). Bei Personen, für die ein Bereich nicht zutraf (z. B. keine Erwerbstätigkeit), konnte „nicht zutreffend“ markiert werden. Die Summenwerte lassen sich interpretieren: < 10 Punkte deuten auf keine oder minimale Einschränkungen hin, 11 – 20 auf spürbare Beeinträchtigungen, > 20 auf moderate bis schwere Funktionsbeeinträchtigungen (Mundt et al., 2002; Heissel et al., 2021).

Der t2-Fragebogen enthielt am Ende Fragen zu vorheriger psychotherapeutischer Behandlung oder psychischen Vorerkrankungen (zur Kontextualisierung der Befunde) und bat die Teilnehmenden, eine Kontaktmöglichkeit anzugeben, falls sie mit den Forschenden ein Rückmeldegespräch wünschten oder offen für eine weitere Befragung waren. Außerdem gab es Raum für sonstige Kommentare.

3.3.2.3.3 Messzeitpunkt 3 (t3), Fragebogen für Betroffene ca. 6 Monate nach dem Ereignis

Im Einsatzprotokoll wurden umfassende Angaben zum Einsatzverlauf erfasst, einschließlich des Einsatzdatums, der Alarmierungszeit, der Einsatzdauer (mit Beginn und Ende der Betreuung) sowie der Quelle der Alarmierung. Weiterhin wurde das Ereignis detailliert beschrieben, wobei die Art des Notfalls, etwa Verkehrsunfall, Suizid oder Herz-Kreislauf-Stillstand –, der genaue Ort sowie der Kontext des Geschehens (z. B. privat, öffentlich oder Arbeitsplatz) dokumentiert wurden. Zudem enthielt das Protokoll Angaben zur Indexperson, also jener Person, die das Ereignis unmittelbar ausgelöst oder erlitten hatte, beispielsweise eine verletzte oder verstorbene Person. Die betreuten Personen wurden hinsichtlich ihrer Anzahl sowie ihrer Rolle im Einsatz erfasst, etwa als Angehörige, Hinterbliebene, Ersthelfende oder Augenzeuginnen. Dabei wurde auch die Beziehung dieser Personen zur Indexperson festgehalten, zum Beispiel ob es sich um ein Familienmitglied, eine Kollegin oder eine unbeteiligte Person handelte. Zusätzlich wurden, soweit bekannt oder durch die betreuten Personen angegeben, soziodemografische Merkmale dokumentiert, insbesondere das Geschlecht (von der Einsatzkraft eingeschätzt), das Alter (exakt oder geschätzt) sowie gegebenenfalls die Nationalität.

Darüber hinaus beinhaltete das Protokoll eine detaillierte Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen und der psychosozialen Akuthilfe vor Ort, etwa Gesprächsführung, emotionale Stabilisierung und Vermittlung von weiteren Hilfen. Dabei wurde genau festgehalten, welche spezifischen Interventionsmaßnahmen durchgeführt wurden und ob ergänzende Unterstützungsangebote wie eine Nachbetreuung oder Informationen zu professioneller Hilfe gemacht wurden. Die Kooperation mit anderen Einsatzkräften oder Diensten am Einsatzort, beispielsweise mit Rettungsdienst, Notarzt oder Polizei, wurde ebenfalls erfasst und dokumentiert. Zusätzlich bewertete die PSNV-Kraft mittels mehrstufiger Likert-Skalen, typischerweise vierstufig von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft ganz zu“, den Verlauf und den Erfolg des Einsatzes aus ihrer Perspektive. So wurde beispielsweise eingeschätzt, wie gut es gelungen war, der betroffenen Person zu helfen, oder wie belastend der Einsatz für die betroffene Person wirkte. Ein Freitextfeld bot zusätzlich die Möglichkeit, Besonderheiten des jeweiligen Falls in eigenen Worten zu schildern, was häufig genutzt wurde, um relevante Kontextinformationen und spezifische Details festzuhalten.

Zusätzlich zum Standard-Protokoll enthielt der erste Messzeitpunkt ein ergänzendes Modul, das eigens für Forschungszwecke entwickelt wurde und literaturbasiert weitere Aspekte zum akuten Zustand der betreuten Person erfasste. Dazu gehörte die Dauer der Verbalisierung (in Minuten), also wie lange die betroffene Person benötigte, um das Erlebte im Gespräch zu schildern, was als Indikator für mögliche Schwierigkeiten oder den Verlauf des Gesprächs diente. Weiterhin wurden die wahrgenommenen Emotionen der betreuten Person zu Beginn und am Ende der Betreuung auf einer fünfstufigen Skala bewertet, um beispielsweise zu erfassen, ob anfängliche Panik oder Angst sich während des Einsatzes verbesserten. Zusätzlich enthielt das Modul ein Item zur peritraumatischen Dissoziation, welches am Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) orientiert war. Hier bewertete die Einsatzkraft beispielsweise, ob die betreute Person Anzeichen von Abwesenheit oder „Nebeligkeit“ zeigte. Ein weiteres Item erfasste die psychophysiologische Erregung (Arousal), wie etwa Zittern, Schwitzen oder Herzklopfen der betreuten Person, ebenfalls mittels einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht“ bis „sehr stark“). Abschließend war Bestandteil des Moduls auch die Einwilligung zur späteren Kontaktaufnahme, welche die PSNV-Kraft am Ende des Protokolls vermerkte und die vor Ort mündlich von der betreuten Person eingeholt wurde.

3.3.2.3.3.4 Instrumentenauswahl und Entwicklung

Die im Ursprungsprojekt verwendeten Instrumente wurden literaturgestützt ausgewählt, um alle für PSNV-Einsätze relevanten Dimensionen abzudecken. Es handelt sich überwiegend um validierte klinische Fragebögen, die in zahlreichen Studien eingesetzt wurden, kombiniert mit eigens projektbezogenen Frageelementen. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, Reliabilität und Validität etablierter Skalen zu nutzen (z. B. hat der PHQ-9 eine gute Validität zur Depressionsdiagnostik, der PCL-5 bildet die DSM-5-Kriterien ab, etc.) und Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie einfließen zu lassen (z. B. peritraumatische Reaktionen als Prädiktoren für PTBS).

Einige Instrumente wurden für den Kontext angepasst:

- *Die erwähnte Crisis Support Scale wurde für die Studie ins Deutsche übersetzt und leicht modifiziert (ein Item entfernt, zwei zusätzliche Items zur sozialen Unterstützung ergänzt), um sie passgenau einzusetzen.*
- *Die Arbeits- und Sozialanpassungsskala wurde um zwei Items erweitert und allgemein formuliert, damit sie unabhängig von einer konkreten Störung und inklusive ehrenamtlicher Tätigkeiten anwendbar ist.*
- *Das Einsatz-Dokumentationsformular (STEPS-B) wurde in Zusammenarbeit mit Praxispartnern um die Forschungsaspekte erweitert. Dieser Anpassungsprozess wurde unter Einbezug von Fachexpert:innen durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Einsatzkräfte die neuen Items verstehen und sinnvoll beantworten können. So wurde z. B. das neue Feld zur Verbalisierungsdauer gemeinsam mit erfahrenen KIT-Kräften diskutiert.*

Insgesamt lag dem Instrumenten-Mix ein theoretisches Modell zugrunde (aus früheren Arbeiten und dem Konsensus-Prozess im PSNV-Bereich), wonach Faktoren wie akute Belastung, Dissoziation, soziale Unterstützung und frühzeitige Intervention das Risiko späterer psychischer Beeinträchtigungen beeinflussen. Die gewählten Skalen erlauben es, diese Zusammenhänge zu untersuchen.

3.3.2.3.3.5 Pre-Test und Qualitätssicherung

Da keine neuen Instrumente erhoben, sondern vorhandene Daten genutzt wurden, entfällt ein klassischer Pre-Test im Sinne einer Pilotierung an neuen Teilnehmern. Allerdings wurden im Vorfeld der Datennutzung sowie im ursprünglichen Projekt verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen:

3.3.2.3.3.5.1 Expertenfeedback bei Instrumentenentwicklung

Die Erweiterungen des Einsatzprotokolls (t1) und die neu formulierten Fragen (z. B. zur Verbalisierungszeit, Emotionsbeobachtung) wurden vor dem Feldeinsatz im kleinen Kreis erprobt bzw. durch Fachleute validiert. So fand bspw. ein kognitives Debriefing für die Entwicklung der sogenannten *U-Variable* (Kennzeichnung Unternehmenskontext) statt: In einer Besprechung am 27. September 2022 mit PSNV-Expert:innen (u. a. Sabine Köhler, Sebastian Hoppe) wurde der Vorschlag diskutiert, wie man Arbeits- bzw. Wegeunfälle prägnant im Einsatzprotokoll abfragen kann. Aus diesen Rückmeldungen entstand ein einfaches Ankreuz-Item mit drei Optionen (1. Arbeits-/Dienstunfall, 2. Wegeunfall, 3. Kein Unternehmensbezug), das später in einzelnen Teams eingeführt wurde. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass neu entwickelte Items verständlich und praktikabel sind. *(Hinweis: Diese U-Variable wurde in der Datenanalyse rückwirkend auf Basis vorliegender Angaben rekonstruiert, siehe Screening, da sie zum Erhebungszeitpunkt noch nicht flächendeckend implementiert war.)*

Die PSNV-B-Kräfte des KIT-München waren in der Dokumentation ihrer Einsätze geschult und nutzten ein standardisiertes Formular. Dadurch war die Datenqualität bereits ab Erhebung relativ hoch (im Vergleich zu völlig freier Dokumentation). Einheitliche Definitionsvorgaben (z. B. was als „Indexperson“ gilt, welche Kategorien für Beziehung auszuwählen sind) minimierten Interpretationsspielräume.

3.3.2.3.3.5.2 *Datenbereinigung und Plausibilitätsprüfungen*

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurden die gelieferten Daten gründlich geprüft, bereinigt und systematisch aufbereitet. Zunächst erfolgte eine Formatierung sämtlicher Fragebogenwerte in tabellarischer Form, wobei geprüft wurde, ob alle Werte innerhalb der gültigen Wertebereiche lagen. Insbesondere bei Items mit festgelegten Skalenbereichen (z. B. 0 – 4) wurde verifiziert, dass keine Werte außerhalb des vorgesehenen Spektrums vorlagen, um etwaige Fehleingaben oder Codierfehler zu identifizieren und gegebenenfalls zu korrigieren. Zusätzlich wurden Antwortmuster stichprobenartig auf Plausibilität geprüft, beispielsweise indem überprüft wurde, ob Teilnehmende widersprüchliche Angaben gemacht hatten, etwa durch Mehrfachantworten wie „nie“ und „immer“ bei sich eigentlich gegenseitig ausschließenden Items. Solche Inkonsistenzen traten in den Datensätzen jedoch nur vereinzelt auf; betroffene Einzelfälle wurden daher entweder separat betrachtet oder gegebenenfalls vollständig aus den Analysen ausgeschlossen, um Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden. Besondere Aufmerksamkeit erhielt zudem der Einsatzdatenteil (t1), bei dem es vereinzelt Fälle mit fehlenden Einträgen gab, etwa wenn das Geschlecht unbekannt war. Diese Fälle wurden explizit als fehlende Werte kodiert und in den statistischen Analysen entsprechend behandelt, beispielsweise durch Listwise Deletion bei Signifikanztests, um die Validität der Ergebnisse sicherzustellen. Bei der Kategorisierung der Unternehmenskontexte im Rahmen des Screening-Verfahrens wurde ein mehrstufiges Vorgehen eingesetzt, welches sowohl automatische Regeln als auch eine manuelle Prüfung sowie eine Konsultation mit Expertinnen und Experten umfasste. Durch dieses Vorgehen konnte insgesamt eine hohe Zuverlässigkeit und Qualität der Datenkategorisierung erreicht werden.

3.3.2.3.3.5.3 *Pre-Tests der Folgeinstrumente*

Einen klassischen Pre-Test mit Betroffenen gab es nicht, da man auf bewährte Instrumente zurückgriff. Allerdings wurde der gesamte Prozess der Nachbefragung ethisch und methodisch sorgfältig vorbereitet (siehe Ethik). Die erste praktische Erprobung der t2-Befragung fand sozusagen mit den initialen Teilnehmern statt, wobei der Studienleiter eng begleitete und Feedback einholte. So wurde etwa registriert, ob die Befragungsdauer zumutbar ist oder bestimmte Fragen missverstanden wurden. Da keine negativen Rückmeldungen zur Verständlichkeit kamen, konnten die Instrumente beibehalten werden.

3.3.2.3.3.5.4 *Laufende Qualitätssicherung*

Während der Nachbefragungsphase stand der Studienleiter den Teilnehmenden für Rückfragen zur Verfügung. So konnte z. B. bei Unklarheiten in den Fragebögen direkt geholfen werden, was wiederum die Qualität der Antworten erhöhte. Außerdem wurden hohe ethische Standards eingehalten (z. B. sofortige Intervention, falls in Freitexten akute Hilflosigkeit oder Suizidgedanken geäußert worden wären, was nicht der Fall war).

Zusammenfassend stützt sich Studie 7 auf validierte, qualitativ hochwertige Originaldaten. Durch behutsame Aufbereitung, Expertenabstimmung bei neuen Items und systematische Datenkontrollen wurde sichergestellt, dass die analysierten Informationen zuverlässig und aussagekräftig sind. Ein separater Pre-Test war entbehrlich, da keine neuen Messinstrumente direkt an Probanden erprobt werden mussten.

3.3.2.3.3.6 Ethische Begutachtung und Freigabe

Die Durchführung der ursprünglichen Studie und damit auch die Nutzung des Sekundärdatensatzes erfolgten unter strikter Beachtung ethischer Richtlinien. Für das Ursprungsvorhaben (die KIT-München Längsschnittstudie) wurde ein Ethikantrag gestellt, der von der zuständigen Ethikkommission geprüft und genehmigt wurde. Konkret wurde das Studiendesign durch die Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (Department Psychologie) befürwortet, bevor die Datenerhebung startete. Das Votum umfasste sowohl die Akutbefragung durch Einsatzkräfte als auch die geplanten Nachbefragungen der Betroffenen. Alle an der Nachbefragung teilnehmenden Betroffenen haben informierte Einwilligungen abgegeben. Bereits im Einsatz (t1) wurden sie mündlich gefragt, ob sie prinzipiell kontaktiert werden dürften, hierzu lag Informationsmaterial (Studien-Flyer) bereit, das den Zweck der Forschung erklärte. Zwei Wochen später, bei der ersten Kontaktaufnahme per Telefon/Post, wurden die Teilnehmer nochmals ausführlich über Inhalt und Ablauf der Studie aufgeklärt (schriftliche Teilnehmerinformation). Sie unterzeichneten eine schriftliche Einwilligungserklärung, welche die freiwillige Teilnahme, die Möglichkeit zum Abbruch jederzeit ohne Nachteile und den Datenschutz erläuterte. Ohne diese Unterschrift wurden keine Fragebogen-Daten in den Datensatz aufgenommen.

3.3.2.3.3.6.1 Datenschutz

Der Umgang mit personenbezogenen Daten erfolgte gemäß DSGVO und den Vorgaben der Ethikkommission. Die Datenerhebung wurde pseudonymisiert durchgeführt: Jede teilnehmende Person erhielt einen Code, unter dem ihre Angaben gespeichert wurden. Persönliche Identifikationsdaten (Name, Kontakt) wurden getrennt von den Fragebogendaten aufbewahrt und ausschließlich vom Studienleiter verwaltet, um ggf. Follow-Up-Kontakte zu ermöglichen. Nach Abschluss der Studie verblieb der Schlüssel zur Re-Identifizierung bei der LMU und wurde den Sekundäranalysten nicht weitergegeben. Somit lagen für Studie 7 nur anonymisierte Datensätze vor. Veröffentlichung und Berichte erfolgen in aggregierter Form, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

3.3.2.3.3.6.2 Ethische Schwerpunkte

Angesichts der potenziellen emotionalen Belastung, die mit dem Erinnern an das Notfallereignis verbunden sein könnte, wurden in der Studie spezielle Vorkehrungen getroffen. Bereits zu Beginn wurde allen Teilnehmenden deutlich gemacht, dass sie das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit pausieren oder vollständig abbrechen konnten, falls die Beschäftigung mit dem Ereignis sie zu sehr belasten würde. Zusätzlich beinhaltete der Fragebogen am Ende gezielte Fragen, um zu erfassen, wie es den Teilnehmenden aktuell ging und ob die Befragung sie emotional stark beansprucht hatte. Darüber hinaus konnten Teilnehmende explizit angeben, ob sie einen Kontakt oder eine persönliche Rückmeldung durch das Forschungsteam wünschten.

Im Anschreiben sowie im Fragebogen selbst wurde ausdrücklich kommuniziert, dass psychologische Unterstützung zur Verfügung steht. Der Studienleiter, ein Psychologe und Psychotherapeut in Ausbildung, bot aktiv an, telefonisch nachzufassen, um mögliche Belastungen abzumildern. Im Sinne eines proaktiven Vorgehens wurde festgelegt, dass der Studienleiter eigenständig Kontakt aufnimmt, falls einzelne Teilnehmerinnen oder Teilnehmer in bestimmten Skalen auffällig hohe Belastungswerte angeben würden, beispielsweise extrem hohe Werte im PTBS-Fragebogen oder Hinweise auf Suizidgedanken im Item 9 des PHQ-9. Dieses Vorgehen war explizit Bestandteil des ethischen Konzepts der Studie, um Teilnehmende bestmöglich zu schützen. In den erhobenen Daten ergab sich jedoch kein Anlass für einen solchen Notfallkontakt, da keine Antworten einen akuten Handlungsbedarf signalisierten. Des Weiteren wurde allen Teilnehmenden auf Wunsch eine Teilnahmebestätigung ausgestellt und die

Möglichkeit geboten, nach Studienabschluss über die Ergebnisse informiert zu werden, was von vielen Befragten positiv aufgenommen wurde, da es ihnen ein Gefühl von Wertschätzung und Sinnhaftigkeit vermittelte.

Für weitere projektrelevante Aktivitäten, insbesondere den informellen Austausch mit PSNV-Fachkräften und Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren, waren keine gesonderten ethischen Genehmigungen erforderlich, da diese Gespräche nicht strukturiert im Sinne einer Studie erhoben wurden. Das zentrale Ethikvotum bezog sich daher ausschließlich auf die Datenerhebung bei den direkten Betroffenen, wobei Datenschutz, Freiwilligkeit und das psychische Wohlergehen der Teilnehmenden oberste Priorität hatten. Diese Aspekte, insbesondere Datenschutzmaßnahmen, Einwilligungsprozedere sowie der Umgang mit möglichen Belastungen, wurden von der Ethikkommission eingehend geprüft und positiv bewertet, was zur Freigabe im Jahr 2020 führte. Somit konnte die Sekundärdatenanalyse auf ethisch einwandfreier und zuvor umfassend geprüfter Grundlage erfolgen.

3.3.2.3.3.7 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe von Studie 7 ergibt sich aus den gefilterten Fällen des Sekundärdatensatzes. Im Folgenden werden Zielgruppe, Rekrutierung, Umfang und Merkmale dieser Stichprobe beschrieben. Die untersuchten Fälle stammen aus der Zielgruppe *“Betroffene von Notfällen, die psychosoziale Akuthilfe erhalten haben”*. Konkret handelt es sich um Personen, die im Zeitraum August 2020 bis Dezember 2021 vom Kriseninterventionsteam München (KIT-München) betreut wurden.

Die Rekrutierung erfolgte also indirekt über die Einsätze. Nachdem die PSNV-B-Kräfte vor Ort Hilfe geleistet hatten, wurden geeignete Betroffene (siehe Kriterien unter Screening) für die Studie gewonnen. Wichtig: Alle Teilnehmenden waren unverletzte Betroffene, d. h. sie hatten das Ereignis körperlich überstanden und erhielten psychosoziale Unterstützung (z. B. Angehörige eines plötzlich Verstorbenen, Augenzeug:innen eines Unfalls, Kollegen nach einem Betriebsunfall etc.). Akute Patienten (mit medizinischer Versorgung) wurden in der Regel nicht vom KIT betreut und gehören daher nicht zur Stichprobe. Insgesamt umfasst der für Studie 7 ausgewertete Datensatz N = 203 Betroffene (Fälle) aus 163 Einsätzen. Jeder Fall entspricht einer betreuten Person. In den meisten Einsätzen (130 von 163) war nur eine Person betroffen und wurde dokumentiert; in 33 Einsätzen gab es jeweils zwei bis vier betreute Personen (sog. „genestete“ Fälle, d. h. mehrere Betroffene erlebten gemeinsam dasselbe Ereignis). Somit kommen 73 der 203 Fälle aus solchen Mehrpersonen-Einsätzen. Für die Auswertungen wurde dies berücksichtigt, wenngleich die meisten Analysen auf Fallebene stattfanden.

Von den 203 Fällen gehörten 30 Fälle (14,8 %) zur Gruppe *PSNV-B(U)* (Unternehmenskontext) und 173 Fälle (85,2 %) zur Gruppe *PSNV-B(nU)* (kein Unternehmensbezug). Diese Verteilung zeigt, dass Notfälle im Arbeitskontext zwar einen kleineren Anteil aller Einsätze ausmachten, aber dennoch in signifikanter Anzahl vertreten sind. *(Hinweis: Drei Einsätze enthielten sowohl einen PSNV-B(U)-Fall als auch einen PSNV-B(nU)-Fall, diese wurden für die Fallzählung in beide Gruppen eingerechnet, was die Gesamtanzahl der Einsätze geringfügig erhöht. In der Auswertung wurden die Fälle jedoch klar getrennt.)*

3.3.2.3.3.7.1 Dropout und Rücklauf

Von den 203 Anfangsteilnehmenden (t1) haben 186 Personen (92 %) den ersten Nachbefragungsfragebogen nach 2 – 6 Wochen (t2) ausgefüllt. Dies ist eine erfreulich hohe Rücklaufquote. Bis zur 6-Monats-Befragung (t3) sank die Teilnehmerzahl leicht: 147 Personen (72 % der Baseline-Stichprobe) nahmen an t3 teil. Der Großteil des Dropouts erfolgte zwischen t2 und t3. Mögliche Gründe (nicht systematisch erhoben) könnten Umzüge, nachlassendes Interesse oder fehlende Erreichbarkeit gewesen sein. Dennoch ist eine 6-Monats-Bindung von fast

drei Vierteln der Stichprobe ein guter Wert und ermöglicht belastbare Längsschnittbetrachtungen. Importanterweise gab es keine Anzeichen systematischen Dropouts in Bezug auf das interessierende Merkmal „Unternehmenskontext“, die Verteilung PSNV-B(U) vs. (nU) war bei t2 und t3 ähnlich wie bei t1 (z. B. 27 U-Fälle bei t2, 16 U-Fälle bei t3), sodass kein offensichtlicher Bias durch unterschiedlich hohe Ausfallquoten zwischen den Gruppen erkennbar ist.

3.3.2.3.3.7.2 *Soziodemografische Merkmale*

Die Stichprobe deckt eine breite Altersspanne ab. Das Durchschnittsalter der betreuten Personen lag zum Ereigniszeitpunkt bei $M \approx 50$ Jahren (Median 52 Jahre, SD ca. 16 Jahre). Die jüngsten Teilnehmer:innen waren 19 Jahre alt, die ältesten 85 Jahre. Dabei zeigte sich, dass Betroffene in Unternehmenskontexten tendenziell jünger waren als in Nicht-Unternehmenskontexten: In der PSNV-B(U)-Gruppe lag der Altersmittelwert bei ~ 43 Jahren, die älteste Person war 60; in der PSNV-B(nU)-Gruppe durchschnittlich ~ 51 Jahre, einzelne Personen waren über 80. Dies reflektiert, dass Erwerbstätige in der Regel im Arbeitsleben (< 67 Jahre) stehen, während im privaten Kontext auch ältere Menschen (z. B. Rentner) betroffen sein können. Statistisch war der Altersunterschied zwischen den Gruppen jedoch nicht signifikant (nach Korrektur der Alpha-Fehler-Inflation), sodass Alter als Kovariate letztlich wenig Einfluss hatte.

Hinsichtlich Geschlechts setzte sich die Gesamtstichprobe aus etwa 59 % weiblichen und 41 % männlichen Betroffenen zusammen (kein drittes Geschlecht in den Daten verzeichnet). Auffällig war eine ungleiche Geschlechterverteilung zwischen den Vergleichsgruppen: In der PSNV-B(U)-Gruppe waren zwei Drittel der Betroffenen männlich (66,7 % männlich, 33,3 % weiblich), wohingegen in der PSNV-B(nU)-Gruppe fast zwei Drittel weiblich waren (ca. 63,6 % weiblich). Mit anderen Worten: Unternehmensbezogene Notfälle betrafen in unserem Datensatz häufiger Männer (z. B. Arbeitsunfälle passieren vermehrt in male-dominated Branchen), während bei familiären/privaten Notfällen häufiger Frauen als Betroffene verzeichnet wurden (z. B. Hinterbliebene eines natürlichen Todesfalls sind oft Witwen). Allerdings erwies sich auch dieser Unterschied nach statistischer Adjustierung nicht als signifikant, was bedeutet, dass Geschlecht zwar ein beachtenswerter Aspekt ist, die Gruppen aber nicht vollkommen verzerrt waren. Für die Datenauswertung wurde trotzdem im Blick behalten, ob beobachtete Unterschiede zwischen PSNV-B(U) und (nU) eventuell eher auf Geschlechtsunterschiede zurückzuführen sein könnten (siehe Auswertungsverfahren).

3.3.2.3.3.7.3 *Nationalität*

Die große Mehrheit der betreuten Personen war deutscher Nationalität. Laut Einsatzdokumentation hatten rund 94 % der PSNV-B(nU)-Personen und 92 % der PSNV-B(U)-Personen die Staatsangehörigkeit *Deutsch*. Einige wenige Betroffene stammten aus anderen Ländern (vereinzelte Nennungen z. B. Türkei, Griechenland, Polen, Rumänien, Sri Lanka u. a.). Ein statistischer Zusammenhang zwischen Nationalität und Gruppenzugehörigkeit ließ sich nicht feststellen, die Verteilung ist annähernd gleich, somit spielen kulturelle Hintergründe in beiden Gruppen eine ähnlich geringe bzw. hohe Rolle. Insgesamt spiegelt die Stichprobe weitgehend die Bevölkerung im Einsatzgebiet wider (Großraum München, mit überwiegend deutscher, aber auch internationaler Bevölkerung).

3.3.2.3.3.7.4 *Charakteristika entsprechend Projektfokus*

Da der Fokus auf Unternehmenskontext liegt, ist erwähnenswert, welche Arten von Ereignissen und Personengruppen hier typischerweise vertreten sind. Die PSNV-B(U)-Gruppe umfasste Fälle wie:

- *Arbeitsplatz-Unfälle (z. B. tödliche oder schwere Verletzungen während der Arbeit in Handwerk, Industrie oder Verkehrsbetrieben). Hier wurden oft Kollegen oder Augenzeug:innen betreut.*

- *Unfälle auf dem Arbeitsweg (klassischerweise schwere Verkehrsunfälle von/zu Arbeitsstätten), wo entweder der Verunfallte oder andere Beteiligte betreut wurden, die im Kontext „Wegeunfall“ versichert sind.*
- *Plötzliche medizinische Notfälle am Arbeitsplatz (z. B. Herzinfarkt eines Kollegen), wo Kollegen/Betriebsangehörige betreut wurden, die das Ereignis miterleben mussten.*
- *Vorfall mit Kunden/Klienten in Unternehmen (z. B. Überfälle, Suizid eines Fahrgasts im Zugverkehr, hier gilt das Personal als Betroffenengruppe im Unternehmen).*

Die PSNV-B(nU)-Fälle hingegen erstreckten sich über das gesamte Spektrum der psychosozialen Notfallversorgung im privaten und öffentlichen Raum:

- *Häufig waren medizinische Notfälle im privaten Umfeld (plötzlicher Todesfall zu Hause, Säuglingsverlust, Suizid in der Familie), mit Betreuung der Angehörigen.*
- *Verkehrsunfälle im öffentlichen Raum ohne direkten Unternehmensbezug (Zeugen, Ersthelfer oder Angehörige als Betroffene).*
- *Kriminalitätsoffer (selten im Datensatz) oder andere Unglücksfälle in Freizeitumgebung.*

Diese Vielfalt zeigt, dass die Stichprobe heterogen ist, aber genau das erlaubt den Vergleich *Arbeitswelt vs. übrige Lebenswelt* in Hinblick auf PSNV.

3.3.2.3.3.7.5 Anzahl der betreuten Personen pro Einsatz

Ein Merkmal, das für die Interpretation der Daten relevant sein kann, ist die Anzahl der Betroffenen pro Einsatz. In ~80 % der Einsätze war nur eine Person betreut worden (z. B. die Ehefrau eines Verstorbenen, ein Lokführer allein). In ~16 % der Einsätze waren es zwei Betroffene, in wenigen Fällen 3 oder 4. Insbesondere einige Betriebsunfälle zogen mehrere Betroffene nach sich, etwa, wenn ein Unfall in einer Firma von mehreren Mitarbeitenden miterlebt wurde und das KIT-Team im Anschluss alle betreut hat. Hierdurch entstehen im Datensatz „gekoppelte“ Fälle, die zwar getrennte Fragebögen ausfüllten, aber auf dasselbe Ereignis zurückgehen. Diese Nestung kann statistisch die Beobachtungen leicht korrelieren lassen. In der Auswertung wurde dem insofern Rechnung getragen, als bei Bedarf robustere Tests gewählt wurden oder (in qualitativen Betrachtungen) die Ereignisebene beleuchtet wurde. Im Großen und Ganzen lassen sich aber die Fälle als unabhängige Einheiten behandeln, da nur wenige Einsätze mehr als eine Person umfassten und diese sich in vielen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Rolle) durchaus unterschieden.

Zusammenfassend ist die Stichprobe von Studie 7 ausreichend groß und vielfältig, um die Forschungsfragen zu bearbeiten. Sie umfasst hauptsächlich erwachsene Betroffene mit einem leichten Überhang an Frauen (insgesamt betrachtet) und deckt die üblichen Szenarien der PSNV ab, von häuslichen Notfällen bis zu Arbeitsunfällen. Die bewusste Begrenzung auf ein Einsatzgebiet (München) sorgt für einheitliche Einsatzstandards, was die interne Validität stärkt, während es natürlich gewisse Grenzen für die Generalisierbarkeit auf andere Regionen gibt.

3.3.2.3.3.8 Auswertungsverfahren und Datenanalyse

Für die Sekundärdatenanalyse wurden quantitative und qualitative Auswertungsmethoden kombiniert, abgestimmt auf die jeweiligen Fragestellungen. Im Folgenden werden das geplante Auswertungsverfahren, konkrete Methoden sowie verwendete Software und Begründungen dargestellt. Zunächst wurden die Rohdaten in SPSS und Excel importiert und aufbereitet. Das beinhaltet Recodierungen (z. B. Umkodierung von Antwortskalen, Bildung von Summenscores), Umgang mit fehlenden Werten sowie das Anlegen von Gruppenvariablen (PSNV-B(U) vs. (nU)). Für Summenscore-Berechnungen bei klinischen Skalen wurde der

gängige Ansatz verwendet, Durchschnittswerte zu bilden, falls vereinzelte Items fehlten, um den Verlust an Fällen gering zu halten (d. h. eine Person fließt in den Score ein, sofern sie die meisten Items beantwortet hat, mit Mittelwertersetzung für einzelne Missings). Bei kategorischen Variablen wurden fehlende Angaben als solche markiert und in Prozentangaben nicht mitgerechnet.

Als erster Schritt erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten. Hierbei wurden für alle interessierenden Variablen Lage- und Streuungsmaße berechnet (z. B. Mittelwerte, Median, Standardabweichungen für Alter, Score-Werte etc.; Häufigkeiten und Prozentsätze für kategoriale Daten wie Geschlecht, Art des Ereignisses, Inanspruchnahme bestimmter Maßnahmen). Diese Beschreibungen dienten nicht nur dem Überblick, sondern auch der Prüfung von Verteilungseigenschaften (etwa ob Werte normalverteilt sind oder schiefe Verteilungen vorliegen). In den Ergebnissen wurden z. B. durchschnittliche Belastungsscores (PDI, PDEQ usw.) berichtet und verglichen mit bekannten Cut-off-Werten, um die klinische Bedeutsamkeit einordnen zu können. Außerdem wurden deskriptive Vergleiche zwischen PSNV-B(U) und (nU) tabellarisch vorbereitet, um mögliche Trends zu erkennen (etwa: Wie hoch ist der mittlere PTBS-Score in beiden Gruppen? Gibt es prozentual mehr Hoch-Risiko-Fälle in einer Gruppe?).

Um statistisch zu prüfen, ob sich die beiden Gruppen signifikant unterscheiden, wurden Inferenztests durchgeführt. Für metrisch skalierte oder als quasi-metrisch behandelte Variablen (wie Summenscores aus Likert-Skalen, z. B. PHQ-9-Punktwerte, PDI-Summenwert etc.) kamen t-Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Vorab wurde jeweils die Varianzhomogenität via Levene-Test geprüft. Bei Varianzgleichheit wurde der Standard-t-Test verwendet, bei Verletzung ($p < .05$) wurde auf die Welch-Korrektur zurückgegriffen, die auch bei ungleichen Varianzen einen robusten p-Wert liefert. Alle t-Tests wurden zweiseitig gerechnet, da es sich um explorative Analysen ohne gerichtete Hypothesen handelte. Beispiel: Es wurde getestet, ob sich der mittlere peritraumatische Distress (PDI) bei PSNV-B(U)-Betroffenen signifikant vom Mittelwert der PSNV-B(nU)-Betroffenen unterscheidet. Für kategoriale Merkmale (Nominal- oder dichotome Variablen) wurden Chi-Quadrat-Tests eingesetzt, um Zusammenhänge mit der Gruppenzugehörigkeit zu prüfen. Beispielsweise: Hängt die Geschlechterverteilung mit der Gruppe zusammen (Chi²-Test auf Unabhängigkeit zwischen Geschlecht und PSNV-B(U)/(nU))? Oder: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung bestimmter Unterstützungsangebote (Ja/Nein) und dem Kontext (U/nU)? Wenn die Tabellen einen kleineren Erwartungswert als fünf in über 20 % der Zellen aufwiesen (was bei groben dichotomen Vergleichen selten der Fall war, aber bei feineren Kategorisierungen vorkam), wurde auf exakte Testverfahren ausgewichen. Für 2x2-Tabellen kam der *Fisher-Exakt-Test*, für größere Kreuztabellen der *Fisher-Freeman-Halton-Exakt-Test* zur Anwendung. In einigen komplexeren Fällen (z. B. Auswertung der Mehrfachantworten bei den *Unterstützungsangeboten*, wo eine Person mehrere Optionen ankreuzen konnte) wurde die Monte-Carlo-Simulation genutzt, um exakte p-Werte zu schätzen.

3.3.2.3.3.8.1 *Längsschnittvergleiche*

Um Veränderungen über die Zeit (von t2 zu t3) zu untersuchen, wurden gepaarte t-Tests gerechnet (für die Gesamtstichprobe und/oder getrennt nach Gruppen). Beispielsweise: Hat sich der durchschnittliche PTBS-Score 6 Monate nach dem Ereignis signifikant verringert im Vergleich zu vier Wochen nach dem Ereignis? Solche within-subject-Analysen geben Hinweise auf die Wirksamkeit der Akuthilfe und natürliche Erholungsverläufe. Hierbei wurden nur die Fälle einbezogen, die beide Messzeitpunkte ausgefüllt haben ($N = 147$). Für manche Fragestellungen wurde auch geprüft, ob die Veränderung in Gruppe U anders ausfällt als in Gruppe nU (Interaktion). Mangels ausreichend großer Subgruppen für komplexe Varianzanalysen wurde jedoch auf formale ANOVA-Interaktionstests verzichtet; stattdessen verglich man

Veränderungen des Mittelwerts qualitativ zwischen den Gruppen oder rechnete separate gepaarte Tests pro Gruppe. Wie unter Stichprobe erwähnt, ergab sich eine potenzielle Konfundierung mit Geschlecht (und in Ansätzen Alter) zwischen den Gruppen. Um sicherzugehen, dass gefundene Unterschiede tatsächlich dem Unternehmenskontext zuzuschreiben sind und nicht nur das Ergebnis z. B. einer ungleichen Geschlechterverteilung darstellen, wurde ein zusätzlicher Analyse-Schritt durchgeführt. Es wurde aus der großen PSNV-B(nU)-Gruppe eine Zufallsstichprobe gezogen, die hinsichtlich Geschlechts exakt zur PSNV-B(U)-Gruppe passt (d. h. 20 Männer und 10 Frauen zufällig ausgewählt, analog zu 20 M und 10 F in der U-Gruppe). Mit dieser gematchten Teilstichprobe wurden die wesentlichen Gruppenvergleiche nochmals berechnet. So ließ sich überprüfen, ob die Ergebnisse stabil bleiben, wenn der Geschlechtseinfluss neutralisiert wird. Tatsächlich zeigten die Kontroll-Analysen, dass die meisten ursprünglichen Unterschiede auch in der geschlechtsgematchten Analyse in ähnlicher Tendenz auftraten (geringfügige Abweichungen wurden im Bericht vermerkt). Dadurch konnte Entwarnung gegeben werden, dass es sich bei den beobachteten Effekten nicht nur um Artefakte der unterschiedlichen Geschlechtszusammensetzung handelt. Weitere potenzielle Störfaktoren (z. B. Anzahl der Betroffenen pro Einsatz) wurden, wie erläutert, beobachtet, spielten aber in den quantitativen Vergleichen eine untergeordnete Rolle oder hätten aufwändigere Mehrebenenmodelle erfordert, die im Rahmen der explorativen Sekundäranalyse nicht vorgesehen waren.

3.3.2.3.3.8.2 *Multiple Testproblematik*

Da eine Vielzahl an Variablen explorativ getestet wurde (das Projekt hatte ja keine engen Hypothesen, sondern suchte umfassend nach Unterschieden und Zusammenhängen), bestand die Gefahr eines Alpha-Fehlers durch multiples Testen. Um die Wahrscheinlichkeit von Zufallsfunden zu reduzieren, wurde eine p-Wert-Korrektur nach Bonferroni vorgenommen. Konkret wurden die Anzahl aller durchgeführten Signifikanztests gezählt und das Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ durch diese Zahl geteilt. Dies ergab einen sehr strengen neuen Signifikanzschwellenwert (im t1-Bereich $p \approx 0,00037$, für t2/t3-Analysen $p \approx 0,00025$). Ergebnisse, die ursprünglich $p < 0,05$ erreichten, wurden daraufhin geprüft, ob sie auch diese verschärfte Hürde nehmen. Wie erwartet fielen viele schwächere Effekte durch diese strenge Korrektur als „nicht signifikant“ weg. In der Ergebnisdarstellung wird transparent gemacht, welche Befunde nur auf dem konventionellen Niveau signifikant waren und welche selbst Bonferroni-adjustiert Bestand hatten. Da Bonferroni sehr konservativ ist (viele potenziell echte Effekte „wegkorrigiert“), wurden Effekte mit $p < 0,05$ aber $> p_{\text{korr}}$ als Trends bzw. als vorläufige Hinweise berichtet, jedoch mit Vorsicht interpretiert.

3.3.2.3.3.8.3 *Qualitative Datenanalyse*

Die offenen Antworten der Teilnehmenden, insbesondere aus dem zweiten Messzeitpunkt (t2), in dem gezielt nach hilfreichen und nicht hilfreichen Aspekten gefragt wurde, wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Da der Schwerpunkt der Studie auf dem Unternehmenskontext lag, wurden dabei vor allem die Freitextangaben der PSNV-B(U)-Gruppe betrachtet. Hierbei wurden zunächst alle offenen Textantworten der U-Gruppe aus den Fragebögen extrahiert und in eine Excel-Tabelle übertragen. Anschließend erfolgte eine Paraphrasierung der Aussagen, wobei komplexe oder mehrteilige Antworten in kürzere Sinnabschnitte zerlegt wurden. Beispielsweise wurde ein Kommentar wie „Die Betreuung war sehr einfühlsam und ich konnte alle Fragen stellen, das hat mir Sicherheit gegeben“ in die Kernaspekte „einfühlsames Eingehen“ und „offene Fragerunde ermöglicht, gab Sicherheit“ aufgeteilt.

Aus diesen paraphrasierten Aussagen wurde induktiv ein hierarchisches Kategoriensystem entwickelt, indem Gemeinsamkeiten der einzelnen Nennungen zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst wurden. So entstand beispielsweise aus mehreren ähnlichen Aussagen die

Kategorie „Einfühlungsvermögen der Helfer“, während eine andere Kategorie etwa „Information und Fragen beantwortet“ lautete. Ebenso wurde für die Frage nach nicht hilfreichen Aspekten vorgegangen, sodass beispielsweise Kategorien wie „zu kurze Einsatzdauer“ oder „fehlende Folgebetreuung“ gebildet werden konnten, falls diese genannt wurden. Jede Aussage wurde dabei den relevanten Kategorien zugeordnet, wobei einzelne Aussagen, sofern inhaltlich zutreffend, auch mehreren Kategorien gleichzeitig zugeordnet werden konnten. Das Kategoriensystem wurde bei Bedarf im Verlauf der Analyse angepasst, um auf neu auftretende Themen flexibel reagieren zu können. Im Anschluss an die Kategorisierung wurden Häufigkeiten ausgezählt, um zu quantifizieren, wie viele Personen einen bestimmten Aspekt genannt hatten und wie oft eine Kategorie insgesamt erwähnt wurde. Diese quantifizierende Auswertung diente dazu, Schwerpunkte herauszuarbeiten, wie beispielsweise die Feststellung, dass nahezu alle Betroffenen die reine Anwesenheit und das Zuhören der Einsatzkräfte („Dasein und Zuhören“) lobten, während nur wenige Teilnehmende strukturelle Kritikpunkte äußerten. Für die Ergebnisdarstellung wurden zudem beispielhafte Zitatfragmente (anonymisiert) herangezogen, um die entwickelten Kategorien anschaulich zu illustrieren. Darüber hinaus flossen die gewonnenen Kategorien in die Interpretation ein, etwa um zu prüfen, ob bestimmte Bedürfnisse oder Erwartungen im Unternehmenskontext besonders hervorgehoben wurden.

Die statistische Analyse der quantitativen Daten erfolgte hauptsächlich mit IBM SPSS Statistics Version 28. SPSS eignete sich insbesondere aufgrund seiner Funktionen für standardisierte Testverfahren wie t-Tests und Chi²-Tests und bot nützliche Funktionen wie Mehrfachantwortsets für komplexe Variablen, die etwa bei der Auswertung von Unterstützungsmaßnahmen hilfreich waren, bei denen pro Person mehrere Optionen gewählt werden konnten. Vorbereitende Schritte, vor allem das Verwalten offener Textdaten, das Kategorisieren und Zählen inhaltsanalytischer Daten sowie Zwischenauswertungen, wurden in Microsoft Excel vorgenommen. Excel wurde zudem genutzt, um Pivot-Tabellen für Häufigkeitsauswertungen zu erstellen sowie um händisch bestimmte Kennwerte zu berechnen, etwa die Differenzbildung auf Personenebene, bevor diese Werte in SPSS importiert wurden.

Zusammenfassend wurde in der Auswertung ein Mixed-Methods-Ansatz verfolgt, der sowohl eine statistisch fundierte Analyse quantitativer Unterschiede als auch eine interpretative qualitative Inhaltsanalyse der Freitextangaben beinhaltete. Diese Kombination ermöglichte robuste numerische Ergebnisse und zugleich ein tieferes Verständnis der subjektiven Perspektive der Betroffenen, insbesondere im Hinblick auf den Unternehmenskontext. Sämtliche eingesetzten Verfahren wurden dabei den Daten und Fragestellungen entsprechend angepasst, um valide, aussagekräftige und nachvollziehbare Ergebnisse zu gewährleisten.

3.3.2.3.3.9 Anreizsysteme zur Teilnahme

Die Teilnahmebereitschaft der verschiedenen Zielgruppen (Landeskoordinator:innen, PSNV-Teams, Betroffene) wurde im Gesamtprojekt durch gezielte Anreizmaßnahmen gefördert. Insbesondere im Teilprojekt 3, zu dem Studie 7 gehört, kamen Weiterbildungs- und Informationsangebote zum Einsatz, um die Kooperation der PSNV-B-Teams zu stärken und so indirekt auch die Datenerhebung zu erleichtern. Zwei zentrale Maßnahmen sollen hier hervorgehoben werden:

3.3.2.3.3.9.1 Online-Weiterbildung „PSNV im Unternehmenskontext“

Auf Anregung aus dem PSNV-Fachkreis (u. a. Wunsch der Länderübergreifenden Facharbeitsgruppe PSNV) entwickelte das Projektteam ein kompaktes Weiterbildungsangebot für aktive PSNV-B-Einsatzkräfte. Es handelt sich um ein ca. **1-stündiges Webinar**, das mehrmals angeboten wurde. Inhaltlich drehte es sich um das Thema „*Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen*“. Dabei wurden u. a. folgende Schwerpunkte behandelt:

- *Besonderheiten von Notfällen im Arbeitsumfeld: Welche Arten von Notfällen treten in Betrieben auf (z. B. Arbeitsunfälle, plötzliche Todesfälle am Arbeitsplatz, Amok- und Bedrohungslagen) und welche spezifischen Auswirkungen haben sie auf Beschäftigte und Unternehmen?*
- *Rechtliche und organisatorische Grundlagen: Vorstellung des DGUV-Konzepts zur psychosozialen Notfallversorgung im Betrieb (Leitfaden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung), inklusive der Rolle der Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Unfallversicherungsträger.*
- *Praktische Umsetzung im Betrieb: Wie können Unternehmen sich vorbereiten (Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nach traumatischen Ereignissen, betriebliche Notfallpläne)? Welche Rolle spielen innerbetriebliche Erstbetreuer oder externe PSNV-Teams im Akutfall? Hier wurden To-do-Listen vorgestellt, z. B. was ein PSNV-Team vor Ort beachten sollte (Ansprechpartner finden, Versicherungsfragen klären, etc.).*
- *Weiterführende Betreuung und spezielle Verfahren: Es wurde z. B. das „Psychotherapeutenverfahren“ erläutert, ein Angebot der gesetzlichen Unfallversicherung, das traumatisierte Beschäftigte nach Arbeitsunfällen schnell und unbürokratisch psychotherapeutische Hilfe erhalten können. So wussten die PSNV-Kräfte, an wen sie Betroffene ggf. weitervermitteln können.*
- *Fallbesprechungen und Erfahrungsaustausch: Je nach Zeit konnten Fragen der Teilnehmenden aufgegriffen werden oder kurze Praxisbeispiele diskutiert werden (z. B. wie ging ein Team mit einem tödlichen Betriebsunfall um).*

Diese Weiterbildung wurde online per Zoom durchgeführt, was eine Teilnahme aus ganz Deutschland ermöglichte. Drei Termine (März, April und Juni 2023) wurden im Vorfeld bekanntgegeben. Anfangs erfolgte die Einladung über die Landeskoordinator:innen der Bundesländer; nachdem dies nur wenige Helfer erreicht hatte, wurden im zweiten Anlauf alle bekannten 325 PSNV-B-Teams direkt per E-Mail eingeladen. Die Resonanz war sehr positiv. Der erste Termin (März) war mit nur 7 Teilnehmenden zwar schwach besucht (kurzfristige Ankündigung), aber zum zweiten Termin im April meldeten sich so viele an, dass die maximale Kapazität von 100 Teilnehmenden ausgeschöpft wurde, tatsächlich waren 98 PSNV-Kräfte anwesend (exkl. Team). Der dritte Termin im Juni zählte immer noch 78 aktive Teilnehmende. Insgesamt nahmen also weit über 150 unterschiedliche Personen aus nahezu allen Bundesländern teil (Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg stellten die größten Kontingente, aber letztlich war bis auf Bremen jedes Bundesland mindestens einmal vertreten).

3.3.2.3.3.9.2 *Nutzen für Teilnehmende*

Die Weiterbildung bot den PSNV-Kräften einen konkreten Mehrwert für ihre Praxis: Sie erhielten aktuelles Fachwissen zum Umgang mit Unternehmensnotfällen und konnten sich überregional austauschen. Am Ende erhielten alle auf Wunsch eine personalisierte Teilnahmebescheinigung, die sie für ihre Qualifikationsnachweise nutzen konnten. Viele dankbare Rückmeldungen („Sehr informativ!“, „Toller Vortrag, gern mehr davon.“) bestätigten den Nutzen. Für das Projekt selbst diente die Weiterbildung als „Win-win“: Sie erhöhte die Bekanntheit des Forschungsvorhabens in der Community, stärkte das Vertrauen der Basis (die Teams merkten, dass das Projekt unmittelbar Nützliches liefert) und erleichterte so die Bereitschaft, selbst Daten zu liefern oder an Befragungen teilzunehmen.

3.3.2.3.3.9.3 *Informations-Flyer „PSNV-B im Unternehmenskontext“*

Ein weiterer Anreiz bzw. Mehrwert wurde in Form eines Flyers geschaffen. Dabei handelt es sich um eine zweiseitige, farbige Kurzbroschüre, die speziell für PSNV-Einsatzkräfte konzipiert

wurde, insbesondere jene, die bereits ausgebildet sind und in ihrem Einsatzalltag plötzlich mit Unternehmensnotfällen konfrontiert werden könnten. Die Idee kam zustande, weil sowohl aus der Praxis (z. B. Sebastian Hoppe, KIT-München) als auch in Gremienrunden (LüFAG-Sitzung 05/2022) geäußert wurde, dass viele erfahrene PSNV-Helfer nicht genau wissen, was PSNV im Unternehmenskontext beinhaltet oder worauf zu achten ist. Der Flyer sollte hier kurz und prägnant die wichtigsten Punkte vermitteln, um Hemmschwellen abzubauen und Handlungssicherheit zu geben.

Inhalte des Flyers:

- *Eine klare Definition von „Notfall im Arbeitskontext“ mit Beispielen (z. B. tödlicher Arbeitsunfall, Suizid eines Mitarbeiters, Gewaltvorfall in einer Behörde).*
- *Mögliche Folgen für Betroffene und Unternehmen: Hinweis, dass neben den direkt Betroffenen auch Kollegen, Führungskräfte und sogar der Betrieb als Ganzes betroffen sein können (Stichwort: Auswirkungen auf das Betriebsklima).*
- *Zuständigkeiten und Ablauf vor Ort: Erklärung, wer bei Unternehmensnotfällen verantwortlich ist. Zum Beispiel, dass zunächst der Betrieb selbst Verantwortung trägt, aber PSNV-Teams gerufen werden können; betriebliche Ansprechpersonen (Betriebsarzt, Werkssozialdienst) sollten einbezogen werden. Außerdem, dass die Unfallkasse früh informiert werden sollte, da diese Unterstützungsangebote bereitstellen kann.*
- *Checkliste/To-Do-Liste für PSNV-Kräfte am Einsatzort im Unternehmen: Darin Punkte wie „Gibt es eine zuständige Führungskraft vor Ort?“, „Wurden die Unfallversicherungsträger kontaktiert?“, „Sicherstellen, dass für betroffene Beschäftigte nach dem Akuteinsatz auch eine innerbetriebliche Weiterführende Betreuung geplant wird“ etc. Diese Liste dient als Gedächtnisstütze, um im Ernstfall nichts Wichtiges zu übersehen.*
- *Kontakt und weiterführende Infos: Der Flyer verweist auf das Forschungsprojekt (Website) und bietet an, sich bei Rückfragen an das Team zu wenden.*

Der Flyerentwurf wurde im Frühjahr 2022 vom Projektteam erarbeitet und dann im Rahmen eines Forschungsbegleitkreis-Workshops mit Praktikern abgestimmt. Experten wie Annika Fritsche (BBK) und erfahrene KIT-Leiter brachten Feedback ein, wodurch der Text noch einsatznäher und prägnanter wurde. Anschließend folgte eine professionelle Gestaltung nach Corporate Design der Hochschule (Juni – Oktober 2022). Premiere hatte der Flyer auf dem BBK-Symposium „Qualitätssicherung PSNV“ im November 2022 in Würzburg, dort wurde er von der Projektleitung präsentiert und an interessierte Teams verteilt. Anfang 2023 wurde der Flyer dann breit gestreut: Zunächst erhielten alle PSNV-Landeskoordinator:innen den Flyer als PDF (per E-Mail) mit der Bitte, ihn an ihre Teams weiterzugeben. Zusätzlich recherchierte das Projektteam alle PSNV-B-Teams in Deutschland (n = 325) und versandte im März 2023 an jedes Team eine persönliche E-Mail mit dem PDF-Anhang des Flyers. Darin war auch das Angebot enthalten, gedruckte Exemplare kostenlos zu beziehen. Dieses Angebot wurde genutzt, bis Juni 2023 bestellten verschiedene Teams zusammen 475 gedruckte Flyer, die ihnen zugeschickt wurden (teilweise um sie in Aus- und Fortbildungen einzusetzen). Der Flyer wurde von der Zielgruppe durchweg positiv aufgenommen. Viele PSNV-Kräfte bedankten sich für die übersichtliche Handreichung. Gelobt wurden insbesondere die konkrete Listung von To-Do's („hängt jetzt bei uns im Teamraum am schwarzen Brett“) und die Tatsache, dass das Projekt etwas Greifbares bereitstellt. Diese positive Resonanz stärkte die Verbindung zwischen Projekt und Praxisfeld. Indirekt fungiert der Flyer als Anreiz, weil Teams, die den Flyer gut finden, dem Projekt gegenüber aufgeschlossen sind, z. B. eher bereit, an Befragungen teilzunehmen oder Daten (wie Einsatzstatistiken) zu liefern. Zudem fördert er natürlich das Wissen der PSNV-Kräfte, was wiederum den Betroffenen zugutekommt (ein qualitatives Ziel des Gesamtprojekts).

Zusammengefasst wurden also Weiterbildung und Information strategisch eingesetzt, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Das Weiterbildungsangebot schaffte einen direkten Nutzen (Wissenszuwachs, Vernetzung) und sorgte für hohe Aufmerksamkeit in der PSNV-Community, während der Flyer nachhaltig als praktisches Hilfsmittel dient und das Thema „PSNV in Unternehmen“ ins Bewusstsein der Helfer rückt. Beide Maßnahmen steigern die Motivation zur Mitarbeit am Projekt, da die Teilnehmenden etwas zurückbekommen, sei es Wissen, Anerkennung (Zertifikat) oder nützliche Materialien. Dadurch konnten wichtige Partner (z. B. PSNV-Teams für die Intensivbefragung in Folgestudien) gewonnen und generell eine Win-win-Situation geschaffen werden, in der Forschung und Praxis sich gegenseitig unterstützen.

3.3.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen im Überblick:

- Betriebliche Notfälle machen einen substanziellen Anteil der PSNV-B-Einsätze aus, durchschnittlich jede sechste bis siebte Intervention der Teams hat einen betrieblichen Hintergrund (Anteil 14,4 – 17,2 %; Range: 11,4 – 21,7 % je nach Team).
- Die PSNV-B-Arbeit im betrieblichen Kontext ist von hoher Komplexität geprägt: Hierarchien, fehlende Routinen und mangelnde interne Strukturen erschweren die psychosoziale Betreuung, während Gruppeninterventionen die Regel sind.
- Die Mehrzahl der Einsätze erfolgt als Präsenzintervention vor Ort; digitale Formate spielen nahezu keine Rolle.
- Nach Notfällen zeigen Betroffene im Unternehmenskontext zwar tendenziell geringere klinische Belastungen als im privaten Bereich, die Rate an anhaltenden funktionalen Einschränkungen im Arbeitsalltag bleibt jedoch hoch.

Vor dem Hintergrund dieser zentralen Ergebnisse werden im Folgenden zunächst die methodischen Eckdaten, die Stichprobenzusammensetzung sowie die wichtigsten Merkmale der dokumentierten Einsätze dargestellt. Im Anschluss folgt die differenzierte Beantwortung der Forschungsfragen zur Häufigkeit, zum Erleben der Einsatzkräfte sowie zu Unterstützungsbedarfen im Betrieb.

3.3.3.1 Forschungsfrage 5: Wie häufig haben die Einsätze ehrenamtlicher PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass?

3.3.3.1.1 Studie 1: Screening

3.3.3.1.1.1 Häufigkeit und Verteilung

Betriebliche Anlässe machen bei PSNV-B-Teams einen Anteil von 16,46 % aller Notfälle aus (Range: 11,43 - 20,37 % je nach Team, N = 905 Ereignisse).

Tabelle 8: Einsätze durch PSNV-Teams

Team	U-Einsätze		davon...					
			Reine Arbeitsunfälle ohne Wegeunfälle		Wegeunfälle		Sowohl Wege- als auch Arbeitsunfälle	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	20	25,64%	16	80,00%	5	23,81%	0	0,00%

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

2	74	17,37%	65	87,84%	8	10,81%	1	1,35%
3	17	12,98%	14	82,35%	3	17,65%	0	0,00%
4	6	18,75%	6	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
5	8	10,26%	7	87,50%	1	12,50%	0	0,00%
6	8	15,09%	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	10	12,99%	10	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
8	18	21,69%	16	88,89%	2	11,11%	0	0,00%
9	13	23,21%	11	84,62%	2	15,38%	0	0,00%
Gesamt 9	174	17,16%	153	87,93%	21	12,07%	1	0,57%
10	5	4,03%	5	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
11	20	8,20%	16	80,00%	4	20,00%	0	0,00%
Gesamt 11	199	14,40%	174	87,44%	25	12,56%	1	0,50%

Die Einsatzquote (Anteil der Einsätze mit betrieblichem Hintergrund) beträgt bei neun Teams 17,16 %, im Gesamtdatensatz mit elf Teams noch 14,40 % (N = 1 382 Einsätze). Der Unterschied erklärt sich dadurch, dass in zwei der teilnehmenden Teams keine vollständige Dokumentation vorlag, weshalb diese Teams nur teilweise in die Berechnung einbezogen werden konnten. Damit lässt sich zeigen, dass nahezu jede sechste bis siebte PSNV-B-Maßnahme im betrieblichen Setting stattfindet und es damit kein Randphänomen, sondern ein wiederkehrendes, flächendeckendes Einsatzfeld ist.

3.3.3.1.1.2 Personengruppen und Betreuungsausmaß

Auffällig ist, dass betrieblich bedingte PSNV-B-Einsätze in der Regel Gruppen betreffen. Im Schnitt wurden pro Einsatz 4,91 Betroffene begleitet (Median = 1, SD = 15,14), wobei nach Ausreißerbereinigung der Mittelwert auf 2,52 fällt. Bei reinen nU-Einsätzen (nicht-betrieblich) liegt der Mittelwert nur bei 2,75, gemischte Einsätze zeigen mit 5,67 nochmals deutlich größere Gruppen. Im Unternehmenskontext wurden durchschnittlich 2,63 Personen pro Einsatz betreut, im Schulkontext (bedingt durch Großschadensereignisse mit vielen Betroffenen) steigt der Mittelwert auf 24,61 (nach Ausreißerbereinigung 4,17).

3.3.3.1.1.3 Durchführungsart der Einsätze

Die große Mehrheit der PSNV-B-Einsätze im betrieblichen Kontext erfolgt vor Ort (96,25 % der Einsätze; Telefon: 3,35 %; E-Mail: 0,39 %). Das gilt auch auf Personenebene. 99,53 % der Betroffenen werden face-to-face betreut, lediglich 0,47 % telefonisch, keine Person wurde per Mail unterstützt. Daraus lässt sich ableiten, dass PSNV-B-Arbeit im Betrieb fast ausschließlich mit physischer Präsenz verbunden ist und digitale Formen praktisch keine Rolle spielen.

3.3.3.1.1.4 Kontexte und Schwerpunkte

Betriebliche PSNV-Einsätze finden fast ausschließlich im Unternehmenskontext statt (89,66 % der U-Einsätze; mit Teams 10 und 11: 90,45 %). Nur etwa 10 % der als „betrieblich“ klassifizierten Einsätze entfielen auf Bildungseinrichtungen. Aufgrund einzelner, außergewöhnlich großer Ereignisse wurde entschieden, diese Fälle aus der differenzierten Analyse

herauszunehmen. Diese wenigen, aber zahlenmäßig dominanten Großschadenslagen hätten die Aussagekraft der Statistik verzerrt, da sie nicht dem typischen Einsatzgeschehen im betrieblichen Kontext entsprechen.

3.3.3.1.1.5 Indikationen und Auslöser

Die häufigsten Einsatzindikationen sind medizinische Notfälle (26,26 %), Suizide/Suizidversuche (24,24 %), Verkehrsunfälle (23,23 %) und Arbeitsunfälle (9,09 %). Diese vier Anlässe dominieren das betriebliche Einsatzspektrum. Weitere relevante, aber deutlich seltener auftretende Indikationen sind psychische Ausnahmezustände, vermisste Personen oder Großschadenslagen (je < 1 %).

- *Arbeitsunfälle machen im U-Kontext ca. 87,36 % der Einsätze aus; Wegeunfälle 12,07 %.*
- *Im Schnitt sind 92,86 % der betreuten Personen von Arbeitsunfällen betroffen.*
- *Ersthelfende wurden in 21,84 % der U-Einsätze betreut, sie machen 11,48 % aller betreuten Personen aus (nach Ausreißerbereinigung: 18,31 %).*
- *Die Betreuung von Angehörigen/Zugehörigen nach betrieblichen Unfällen (inkl. Überbringung der Todesnachricht) lag bei durchschnittlich 16,09 % der Einsätze (14,57 % inkl. aller Teams).*

3.3.3.1.1.6 Quellen der Anforderung

In 74,87 % der Fälle erfolgt die Anforderung der PSNV-B-Einsatzkräfte durch die Leitstelle (Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei), nur 7,54 % werden direkt oder indirekt durch Unternehmen ausgelöst, 4,52 % durch Angehörige oder Zugehörige. Das unterstreicht die Bedeutung der externen, notfallbezogenen Anforderungskette gegenüber einer aktiven Einbindung durch das Unternehmen selbst.

3.3.3.2 Forschungsfrage 6: Wie erleben PSNV-B Einsatzkräfte die Einsätze im betrieblichen Bereich?

3.3.3.2.1 Studie 2: Intensivbefragung:

Die Psychosoziale Notfallversorgung im betrieblichen Bereich (PSNV-B) stellt Einsatzkräfte vor Herausforderungen, die sich deutlich von Einsätzen im öffentlichen oder privaten Kontext unterscheiden. Die qualitative Inhaltsanalyse von 276 Antworten aus Erfahrungsaustauschen mit PSNV-B-Einsatzkräften zeigt, dass Psychosoziale Notfallversorgung im betrieblichen Umfeld deutlich komplexere Anforderungen stellt als in öffentlichen oder privaten Kontexten. Besonders prägend ist der Einfluss von Hierarchien. In 20,3 % der Aussagen (14 von 69) werden interne Rollenstrukturen und Abhängigkeiten als zentrales Hemmnis für Offenheit und Versorgungsqualität beschrieben. Mitarbeitende äußern sich im Beisein von Vorgesetzten zurückhaltender, wodurch die psychosoziale Betreuung erschwert wird. Die vielschichtige interne Organisation wird in 14,5 % der Aussagen (10 von 69) als zusätzliche Herausforderung thematisiert, insbesondere durch unübersichtliche Strukturen, verschiedene Ansprechpartner und eine erhöhte Komplexität im Umgang mit heterogenen Gruppen. Ein weiteres relevantes Hindernis stellt der Mangel an struktureller Unterstützung dar, der in 17,4 % der Aussagen (12 von 69) angesprochen wird. Hierzu zählen fehlende Rückzugsräume für vertrauliche Gespräche, mangelnde Ressourcen wie Sozialdienste oder EAP sowie unklare Zuständigkeiten für Weiterführende Betreuung und Nachbetreuung. Das Setting am Einsatzort, etwa unpassende Räumlichkeiten und unvorbereitete Führungskräfte, wird in 15,9 % der Aussagen (11 von 69) ebenfalls kritisch bewertet.

3.3.3.2.1.1 Strukturelle Herausforderungen (qualitativ):

Die qualitative Analyse aus 276 freien Antworten hebt mehrere zentrale Herausforderungen für PSNV-B im Betrieb hervor:

- **Komplexität betrieblicher Strukturen:** Interne Rollen und Hierarchien erschweren Offenheit der Betroffenen, behindern die Arbeit der Einsatzkräfte (20,29 % der Antworten).
- **Fehlende Rückzugsräume und Ressourcen:** 17,39 % der Personen beklagen mangelnde räumliche, organisatorische und zeitliche Ressourcen im Betrieb für eine wirksame Betreuung.
- **Emotionale Barrieren und Zurückhaltung:** 11,59 % berichten von Zurückhaltung bei Führungskräften und Mitarbeitenden, was die Kommunikation und Intervention erschwert.
- **Organisation und Zielgruppen:** Während Schulen häufig auf etablierte Krisenstrukturen zurückgreifen, fehlen solche in Unternehmen häufig ganz, Wegeunfälle sind durch unstrukturierte Abläufe geprägt. Die Haltung und Unterstützung der Leitung ist ein kritischer Faktor für Akzeptanz und Erfolg von PSNV-Maßnahmen.
- **Individualisierung und mediale Aufmerksamkeit:** Heterogene Betroffenengruppen und die Notwendigkeit, Interventionen individuell anzupassen, werden immer wieder betont; ebenso wie der zusätzliche Stressor medialer Aufmerksamkeit bei besonderen Ereignissen.

3.3.3.2.1.2 Einsatztypen

Ersteinsätze machten 79,31 % der U-Einsätze aus, Folgeeinsätze 9,77 % und Nachforderungen 10,92 %. Im Durchschnitt wurden 14,99 % der Betroffenen in Folgeeinsätzen betreut.

3.3.3.2.1.3 Besondere Herausforderungen: Emotionen, Führung und Vielfalt

Mit 11,6 % (8 von 69) ist auch der spezifische Umgang mit Emotionen ein zentrales Thema: Führungskräfte zeigen sich in Krisen häufig distanziert oder wenig vorbereitet, während Mitarbeitende den Fokus auf schnelle Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit legen. Sensibilität und die Fähigkeit, Bedürfnisse auch nonverbal zu erfassen, sind daher für PSNV-B-Kräfte essenziell. Ebenso werden Beratungs- und Weiterführende Betreuungsbedarfe der Führungsebene in weiteren 11,6 % der Aussagen genannt. Die Betreuung internationaler Mitarbeitender, oft mit Sprachbarrieren, stellt in 4,3 % der Aussagen (3 von 69) eine Herausforderung dar, da hier zusätzliche Dolmetscher und kulturelle Sensibilität gefragt sind. Ebenso oft wird die Notwendigkeit früher Alarmierung und gezielter Vorbereitung spezialisierter Teams betont.

3.3.3.2.1.4 Differenzierung nach Einsatzort: Unternehmen, Schule, Wegeunfall

In Unternehmen stehen Hierarchien und Entscheidungswege mit 25,0 % der Antworten (10 von 40) im Mittelpunkt, gefolgt von der Vielfalt betroffener Gruppen (22,5 %, 9 von 40). Die Haltung der Leitung ist mit 17,5 % (7 von 40) entscheidend für die Umsetzung von Maßnahmen, während räumliche Faktoren und soziale Netze mit jeweils 12,5 % (je 5 von 40) und Notfallmanagementpläne mit 10,0 % (4 von 40) genannt werden. Einsätze in Schulen sind durch einen hohen Betroffenheitsgrad unter Schülern (21,4 %, 6 von 28), die Einbindung von Krisenteams (17,9 %, 5 von 28), besondere Anforderungen an die Elternarbeit (14,3 %, 4 von 28) und systemische Beratung (10,7 %, 3 von 28) geprägt. Medieninteresse und Sensibilisierung werden mit 7,1 % (2 von 28) als weitere Besonderheit genannt. Bei Wegeunfällen

dominieren chaotische Einsatzbedingungen und fehlende Rückzugsräume (27,6 %, 8 von 29), ebenso wie Informationsdefizite zur Situation der Betroffenen (27,6 %, 8 von 29). Die Versorgung von Augenzeugen und Ersthelfern ist in 20,7 % der Fälle (6 von 29) ein Thema, die Einbindung von Angehörigen in 17,2 % (5 von 29).

3.3.3.2.1.5 Kompetenzen, Belastungsfaktoren und Nachbetreuung

In der Akutphase setzen PSNV-B-Kräfte vor allem fachliche Kompetenzen (27 %, 6 von 22) sowie Orientierung und Psychoedukation (23 %, 5 von 22) ein. Teamkoordination, Kommunikation und Strukturierung spielen jeweils eine Rolle von 18 % (je 4 von 22), Sicherheitsaspekte in 14 % der Aussagen (3 von 22). Als größte Belastungsfaktoren werden Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede (31 %, 9 von 29), Unklarheiten über Zuständigkeiten (21 %, 6 von 29), betriebliche Besonderheiten (17 %, 5 von 29), emotionale Belastung (17 %, 5 von 29), räumliche Defizite (14 %, 4 von 29) sowie Herausforderungen durch Gruppengröße, Führungsebene oder externe Störungen (je 7 - 10 %) benannt. Nachbetreuung nach Akutphase ist oft nur punktuell vorgesehen. Die Art der Nachbetreuung macht 42 % der Antworten (8 von 19) aus, strukturelle Einschränkungen 21 % (4 von 19), Zuständigkeiten und Informationsweitergabe 16 % (3 von 19), Ressourcennutzung und Lotsenfunktion jeweils 11 % (2 von 19). Hier erleben die Einsatzkräfte insbesondere die hohe Arbeitsbelastung (40 %, 4 von 10), strukturelle Unsicherheiten (30 %, 3 von 10) und unrealistische Erwartungen an Fachlichkeit (30 %, 3 von 10) als belastend.

3.3.3.2.1.6 Empfehlungen für Qualifizierung und Weiterbildung

Am häufigsten wird von den PSNV-B-Einsatzkräften eine bessere Integration betrieblicher Besonderheiten in die Ausbildung gefordert (34,4 %, 11 von 32). Die Schulung im Umgang mit unterschiedlichen Betroffenengruppen, Wissen über Unfallversicherungen sowie Reflexion und Selbstfürsorge werden jeweils in 15,6 % der Antworten (je 5 von 32) thematisiert. Die Vorbereitung auf komplexe Einsatzlagen macht 12,5 % (4 von 32) und Zusatzqualifikationen wie Sprachkurse 6,3 % (2 von 32) aus.

3.3.3.3 Forschungsfrage 7: Wie könnten Unternehmen bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen unterstützt werden?

3.3.3.3.1 Studie 2: Intensivbefragung:

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse von 36 Antworten aus Erfahrungsaustauschen mit PSNV-B-Einsatzkräften zeigen deutlich, dass eine wirksame Unterstützung von Unternehmen bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen aus Sicht der Einsatzkräfte nur durch einen Mix aus präventiven, strukturellen, edukativen und weiterführenden Betreuungs-Maßnahmen gewährleistet werden kann. Die Reflexion der Maßnahmen erfolgte in vier zentralen Kategorien, wobei jede auf konkrete Praxisvorschläge und Erfahrungen basiert.

3.3.3.3.1.1 Prävention und Information

Mit 28,1 % aller Antworten (9 von 32) wurden Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen am häufigsten genannt. PSNV-B-Einsatzkräfte betonen, dass Unternehmen durch verständliche, niedrigschwellige Informationsmaterialien, wie etwa Notfallkarten mit Verhaltensregeln und Kontaktdaten im Portemonnaie der Mitarbeitenden oder Aushänge mit den Erreichbarkeiten der PSNV-B-Dienste, bereits im Vorfeld auf Notfälle vorbereitet werden sollten. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Informationsveranstaltungen zu Psychohygiene, gezielte Vorstellung von Kriseninterventionsteams sowie die Bereitstellung strukturierter Ablaufpläne für Notfälle. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Unternehmen für die Relevanz psychosozialer Themen zu sensibilisieren und einen konkreten Handlungsrahmen zu vermitteln.

3.3.3.3.1.2 Schulungen und Ausbildung

Ein weiteres wesentliches Element der Unterstützung stellt die gezielte Schulung und Qualifikation dar, die in 25% der Antworten (8 von 32) angesprochen wurde. Hierzu zählen regelmäßige Fortbildungen für betriebliche Ersthelfer, Multiplikatoren und Führungskräfte in psychosozialer Akutversorgung sowie für Fachkräfte im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Befragten sprechen sich für eine verpflichtende Integration psychosozialer Themen in die Erste-Hilfe-Ausbildung ab einer bestimmten Betriebsgröße aus. Ebenso wird empfohlen, D-Ärztinnen und -Ärzte, Sicherheitsbeauftragte und Betriebsärzte durch gezielte Schulungen auf die Thematik vorzubereiten, sodass bei Bedarf eine schnelle und kompetente Erstversorgung sichergestellt werden kann.

3.3.3.3.1.3 Strukturelle und organisatorische Maßnahmen

Mit 21,9 % (7 von 32) der Antworten werden klare organisatorische Strukturen als zentrales Element effektiver Unterstützung genannt. Dazu gehört vor allem die Benennung fester Ansprechpersonen für psychosoziale Belange im Betrieb, damit im Notfall niemand durchs Raster fällt. Die regelmäßige Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen unter Einbindung der Berufsgenossenschaften wird ebenfalls als zielführend bewertet. Ebenso empfohlen werden die Bereitstellung eines spezifischen Etats für Psychosoziale Notfallmaßnahmen, etwa zur Vergütung externer Einsätze, sowie der Aufbau tragfähiger Kooperationen mit Betriebsärztinnen und -ärzten sowie neutralen Dolmetschenden. Diese Maßnahmen sollen dazu beitragen, dass psychosoziale Betreuung als fester Bestandteil der betrieblichen Präventions- und Notfallstruktur etabliert wird und im Ereignisfall unmittelbar abgerufen werden kann.

3.3.3.3.1.4 Weiterführende Betreuung und kontinuierliche Betreuung

Obwohl am seltensten genannt (6,3 %, 2 von 32), wird die kontinuierliche Weiterführende Betreuung von den Einsatzkräften als essenziell für die nachhaltige Betreuung betroffener Mitarbeitender bewertet. Nach schwerwiegenden Notfällen wie Todesfällen empfehlen sie eine aktive Rolle der Führungskräfte, nicht nur unmittelbar nach dem Ereignis, sondern auch in den folgenden Wochen. Dazu gehören regelmäßige persönliche Nachfragen, niedrigschwellige Unterstützungsangebote und die Vermittlung weiterer Hilfen bei Bedarf. Das Ziel ist eine langfristige Stabilisierung und Wiedereingliederung betroffener Personen in den Arbeitsalltag.

3.3.3.3.1.5 Zusammenarbeit mit externen Partnern

Durchgängig wird in den Aussagen betont, dass eine erfolgreiche psychosoziale Betreuung im Unternehmen nur durch die Zusammenarbeit mit externen Partnern wie Unfallkassen, Betriebsärztinnen und -ärzten, Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Kriseninterventionsteams gelingen kann. Die Einbindung dieser Partner dient dazu, Versorgungslücken zu schließen, Fachkompetenzen zu bündeln und insbesondere bei besonderen Gefährdungslagen rasch und zielgerichtet zu reagieren.

3.3.3.4 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse:

3.3.3.4.1 Selbstauskunft der Betreuten Personen

Sechs Monate nach dem Ereignis berichteten bis zu 50,00 % der betreuten Personen im betrieblichen Kontext über klinisch relevante Symptome. Am häufigsten wurden depressive Symptome (37,50 % leicht, 12,50 % mittelstark), posttraumatische Belastungsreaktionen (12,50 %) und Schlafstörungen (12,50 %) berichtet. Funktionale Beeinträchtigungen insgesamt zeigten sich bei 18,50 % der Befragten. Dieser Anteil blieb über den Verlauf stabil. Besonders relevant für den Unternehmenskontext: 56,20 % der Betroffenen erlebten auch sechs Monate nach dem Notfall einschränkende Auswirkungen im beruflichen Alltag.

3.3.3.4.2 Messzeitpunkt 1

Die Indexperson ist bei PSNV-B(U) sehr viel häufiger verletzt/ erkrankt und weniger oft verstorben als bei PSNV-B(nU). Zudem ist der Klinikaufenthalt der Indexperson bei PSNV-B(U) häufiger; die Indexperson wird in dieser Gruppe zudem weniger häufig reanimiert und der Erfolg einer erfolgten Reanimation ist häufiger unbekannt. Der Bezug der betroffenen Person zum Ereignis unterscheidet sich zwischen den Gruppen: Bei PSNV-B(nU) ist es am häufigsten Hinterbliebener oder Hinterbliebene, bei PSNV-B(U) Augenzeuge oder Augenzeugin, Fahrpersonal, Ersthelfer oder Ersthelferin oder Unfallbeteiligter oder Unfallbeteiligte. Weiter unterscheidet sich das Verhältnis der betroffenen Person zur Indexperson zwischen den Gruppen: Bei PSNV-B(nU) sind es vor allem familiäre Beziehungen und Ehe-/Lebenspartnerschaften, weniger kollegiale, während es bei PSNV-B(U) kollegiale oder keine sozialen/beruflichen Beziehungen (unbekannte Personen) oder andere Beziehungen vorhanden sind.

Bei den durchgeführten Maßnahmen sind folgende Unterschiede statistisch bedeutsam: Kinder werden als Maßnahme seltener bei PSNV-B(U)-Fällen in die Betreuung einbezogen, da es hier häufiger nicht indiziert ist; ebenso wenig wurden in den PSNV-B(U)-Fällen Abschiednahmen durchgeführt oder Informationen über Bestattung vermittelt. Die Maßnahme soziales Netz aktivieren wurde in den PSNV-B(U)-Fällen etwas seltener durchgeführt, etwas häufiger vorbereitet, und war häufiger nicht indiziert. Die PSNV-B(U)-Fälle wurden häufiger von Kollegen weiterführend betreut. Unterschiede ergaben sich zudem in den Unterstützungsangeboten, die bei den PSNV-B(U)-Fällen auch betriebliche Unterstützungsangebote und im Verhältnis weniger die Münchner Insel, die Telefonseelsorge, AGUS, AETAS Kinderstiftung, Nicolaidis YoungWings oder das Trauercafé.

Betroffene in PSNV-B(U)-Fällen zeigten durchschnittlich weniger stark Emotionen, traten emotional gefasster auf und waren häufiger/stärker räumlich und zeitlich orientiert, zeigten zu Beginn und Ende des Einsatzes weniger Trauer und hatten zu Ende des Einsatzes weniger Angst sowie niedrigere Werte in Hilfslosigkeit.

In der Analyse der Unterstützungsangebote zeigte sich, dass in beiden Gruppen die „Münchner Insel“ am häufigsten benannt wurde, jedoch bei PSNV-B(nU) mit 32,8 % (n = 82) deutlich häufiger als bei PSNV-B(U) mit 17,9 % (n = 7). In der PSNV-B(U)-Gruppe wurde die MVG-Sozialberatung mit demselben Anteil wie die Münchner Insel genannt (17,9 %, n = 7), während diese in der nU-Gruppe gar nicht auftauchte. Weitere Angebote wie „Die Arche“, Telefonseelsorge, AGUS, AETAS Kinderstiftung, Nicolaidis YoungWings oder das Trauercafé wurden ebenfalls deutlich häufiger in der nU-Gruppe angeboten, während bei PSNV-B(U) betriebliche Unterstützungsstrukturen eine größere Rolle spielten. Statistisch zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppe und Art des benannten Angebots (Monte-Carlo $p < .001$, nach Kontrolle auf Geschlecht $p = .002$; auch nach Bonferroni-Korrektur signifikant).

Betroffene in PSNV-B(U)-Fällen zeigten im Durchschnitt weniger starke emotionale Reaktionen auf das Ereignis, traten insgesamt emotional gefasster auf und waren zu Betreuungsende häufiger und ausgeprägter räumlich und zeitlich orientiert als Betroffene in PSNV-B(nU)-Fällen (maximal orientiert in U: 92,0 %, n = 23; nU: 69,3 %, n = 115). Die Mittelwerte zur Orientierung lagen in der U-Gruppe signifikant höher ($M = 2,92$) als in der nU-Gruppe ($M = 2,61$). Der Unterschied blieb auch nach statistischer Kontrolle bestehen. Auch die Verbalisierungsdauer des Ereignisses war in der nU-Gruppe zwar im Mittel länger ($M = 32,25$ Minuten vs. $M = 21,18$ Minuten), dieser Unterschied war jedoch nach Korrektur nicht mehr signifikant.

3.3.3.4.2.1 Emotionale Reaktionen und Trauerverarbeitung

Die Betroffenen der nU-Gruppe zeigten signifikant häufiger und stärker Emotionen, insbesondere Trauer, als die Betroffenen der U-Gruppe ($M_{\text{Trauer_Beginn nU}} = 2,34$, $U = 0,65$; Ende

$nU = 1,85$, $U = 0,48$; $p < .001$, auch nach Bonferroni-Korrektur). Alle anderen negativen Emotionen (Angst, Wut, Hilflosigkeit, Schuld, Scham, Ekel) nahmen in beiden Gruppen während des Einsatzes ab, wobei keine robusten Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden. Die einzige Ausnahme war Trauer, die in der nU-Gruppe sowohl zu Beginn als auch zum Ende des Einsatzes signifikant stärker ausgeprägt war. Im Gegensatz dazu berichteten Einsatzkräfte, dass Betroffene in der U-Gruppe zu Betreuungsende emotional gefasster, seltener traurig, weniger ängstlich und insgesamt häufiger „maximal“ zeitlich und räumlich orientiert auftraten. Der Kontakt zur Einsatzkraft und zu mindestens einer Bezugsperson war in beiden Gruppen auf hohem Niveau, ohne relevante Unterschiede.

3.3.3.4.2.2 Erregungsniveau und Dissoziation

Das Erregungsniveau der Betroffenen lag zu Beginn des Einsatzes in beiden Gruppen im mittleren Bereich („einigermaßen“ erregt; nU: $M = 1,98$; U: $M = 1,83$), sank zum Einsatzende in beiden Gruppen signifikant ab (nU: $M = 0,85$; U: $M = 0,76$), ohne dass sich die Gruppen signifikant voneinander unterschieden. Die Werte für peritraumatische Dissoziation waren niedrig; es gab keine relevanten Gruppenunterschiede nach Bonferroni-Korrektur.

3.3.3.4.2.3 Einschätzung und Belastung der Einsatzkräfte

Die Einsatzkräfte schätzten ihre Betreuung in beiden Gruppen mehrheitlich als maximal erfolgreich ein (nU: 64,2 %, $n = 111$; U: 76,7 %, $n = 23$), bei sehr geringen Betroffenenheitswerten und hoher Zufriedenheit mit dem eigenen Handeln sowie den Rahmenbedingungen. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Erfolg, Belastung, Zufriedenheit oder Wohlbefinden nach dem Einsatz.

3.3.3.4.3 Messzeitpunkt 2

Im Rahmen des zweiten Messzeitpunkts (t_2) wurden die von den PSNV-B-Einsatzkräften im Unternehmenskontext (PSNV-B(U)) durchgeführten Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen umfassend evaluiert. Die Analyse zeigt, dass bei den PSNV-B(U)-Fällen bestimmte Maßnahmen im Vergleich zur Gruppe der außerhalb des Unternehmens betreuten Betroffenen (PSNV-B(nU)) häufiger umgesetzt wurden. Besonders auffällig war, dass in der PSNV-B(U)-Gruppe verstärkt Hilfsangebote und Beratungsstellen benannt sowie Details zum Ereignis intensiver besprochen wurden, wohingegen die Unterstützung bei einer möglichen Abschiednahme deutlich seltener erfolgte.

Hinsichtlich der wahrgenommenen Wirksamkeit der Maßnahmen ergab sich, dass die fünf als hilfreichsten bewerteten Interventionen in der PSNV-B(U)-Gruppe das Nennen von Hilfsangeboten und Beratungsstellen, die beruhigende Wirkung der KIT-Einsatzkräfte, das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen, das strukturierte Besprechen der nächsten Schritte im unmittelbaren Anschluss an das Ereignis (insbesondere was in den kommenden Minuten und Stunden zu erwarten ist), die Erhöhung des Sicherheitsgefühls durch die Betreuung sowie die Vermittlung von Psychoedukation umfassten. Besonders auffällig war, dass Maßnahmen, die Transparenz schaffen, Orientierung geben und Sicherheit vermitteln, im Unternehmenskontext als besonders hilfreich eingestuft wurden.

Die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den tatsächlich erhaltenen Maßnahmen und ihrer subjektiven Hilfreichkeitsbewertung ergab, dass nahezu alle Maßnahmen, die von den PSNV-B-Einsatzkräften umgesetzt wurden, in einem hoch signifikanten und starken Zusammenhang mit der empfundenen Unterstützung der Betroffenen standen. Besonders ausgeprägt war dieser Zusammenhang für das strukturierte Besprechen von organisatorischen Schritten in den nächsten Stunden und Tagen, die als beruhigend wahrgenommene Wirkung der Betreuung, das gemeinsame Besprechen wichtiger Punkte für den weiteren Verlauf sowie die Erklärung, was unmittelbar nach dem Ereignis auf die Betroffenen zukommt. Ebenfalls als

hilfreich bewertet wurde das Gespräch über Details des Ereignisses, wobei hier vor allem der Aspekt der Transparenz und das Gefühl, ernst genommen zu werden, hervorgehoben wurden. Eine Ausnahme bildete das Nennen von Beratungsstellen und Hilfsangeboten: In der PSNV-B(U)-Gruppe bestand hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Umsetzung dieser Maßnahme und ihrer Bewertung als hilfreich. Dies deutet darauf hin, dass das bloße Bereitstellen von Kontaktadressen ohne weitergehende, individuelle Einbettung für die Betroffenen wenig entlastend wirkt.

Die in den offenen Antwortformaten genannten Aspekte bestätigen und differenzieren diese Ergebnisse weiter. Die von den Betroffenen im Unternehmenskontext als besonders hilfreich identifizierten Tätigkeiten der PSNV-B-Einsatzkräfte umfassten vor allem persönliche Gespräche, das Vermitteln von Informationen und Psychoedukation, konkrete Unterstützung und das Angebot von Hilfsleistungen, direkte Betreuung, persönliche Begleitung sowie schlichtes „Dasein“ und Ansprechbarkeit. Daneben wurden die Haltungen und persönlichen Merkmale der Einsatzkräfte betont: Freundlichkeit, eine offene und zugewandte Haltung, Hilfsbereitschaft, ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, wahrgenommene Fachkompetenz und Ruhe wurden als Qualitäten beschrieben, die im Akutfall besonders geschätzt wurden. Mehrfach hoben Betroffene hervor, dass die Einsatzkräfte tatsächlich vor Ort waren und selbst bei schweren Ereignissen kontinuierlich betreuten, wodurch das Gefühl, nicht allein zu sein, entscheidend gestärkt wurde. Auch organisatorische Merkmale wie die schnelle und zeitnahe Verfügbarkeit der PSNV-B-Einsätze wurden mehrfach explizit positiv bewertet.

3.3.3.4.3.1 Klinische Fragebögen

Die Auswertung der klinischen Fragebögen liefert ein differenziertes Bild hinsichtlich der selbstberichteten Belastung und psychischen Beeinträchtigung in beiden Gruppen. Im Bereich der peritraumatischen Dissoziation zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten der Summenscores. Dennoch lagen 70,4 % (n = 19) der PSNV-B(U)-Fälle und 86,8 % (n = 138) der PSNV-B(nU)-Fälle im klinisch auffälligen Bereich, was auf eine erhöhte Vulnerabilität für posttraumatische Belastungsreaktionen hinweist. In der Unternehmensgruppe war der Anteil entsprechend niedriger. Auch die durchschnittlich berichtete peritraumatische Belastung fiel in der PSNV-B(U)-Gruppe geringer aus: 7,4 % (n = 2) der Betroffenen dieser Gruppe überschritten den Schwellenwert für klinische Relevanz, während dies auf 27,0 % (n = 43) der Vergleichsgruppe zutraf.

In Bezug auf die PTBS-Symptomatik (PCL-5) berichtete nur eine Person der PSNV-B(U)-Gruppe (3,7 %, n = 1) von Symptomen oberhalb der klinischen Schwelle, während dies in der Vergleichsgruppe auf 20,1 % (n = 32) zutraf. Der durchschnittliche Symptomwert beider Gruppen lag im Bereich „ein wenig“, jedoch deutet der deutlich geringere Anteil klinisch auffälliger Angaben in der Unternehmensgruppe auf ein niedrigeres Ausmaß wahrgenommener posttraumatischer Belastung hin.

Auch im Hinblick auf depressive Symptome ergaben sich Unterschiede: In der PSNV-B(U)-Gruppe gaben 40,7 % (n = 11) an, mindestens leichte depressive Symptome zu erleben, während es in der Vergleichsgruppe 74,2 % (n = 118) waren. Die durch depressive Symptome berichtete funktionale Beeinträchtigung war in der PSNV-B(U)-Gruppe geringer: 40,0 % (n = 10) der dort Befragten berichteten mindestens „etwas“ Einschränkung in Arbeit, Haushalt oder sozialen Kontakten, verglichen mit 65,6 % (n = 101) in der Vergleichsgruppe.

Auch in Bezug auf spezifische Funktionsbereiche (z. B. Sexualität, Beruf, Alltag) berichteten nur 18,5 % (n = 5) der PSNV-B(U)-Gruppe von klinisch relevanten funktionalen Einschränkungen, während dieser Anteil in der Vergleichsgruppe bei 54,5 % (n = 84) lag. Das subjektive

Wohlbefinden zum Zeitpunkt der Befragung (t2) wurde in der Unternehmensgruppe signifikant höher bewertet.

Dysfunktionale Kognitionen wie Selbstabwertung oder Schuldgefühle wurden in beiden Gruppen nur selten berichtet. Auch die Angaben zur sozialen Unterstützung waren in beiden Gruppen durchgängig hoch bis sehr hoch, ohne signifikante Unterschiede. In Bezug auf Schlaflosigkeit berichteten 33,3 % (n = 9) der PSNV-B(U)-Gruppe und 59,1 % (n = 94) der Vergleichsgruppe von mindestens unterschwelliger Schlaflosigkeit, wobei sich auch hier keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zeigten. Die Ausprägung des wiederholenden negativen Denkens (Rumination) wurde in der PSNV-B(U)-Gruppe ebenfalls geringer berichtet, beide Gruppen bewegten sich jedoch im nicht-klinischen Bereich.

3.3.3.4.4 Messzeitpunkt 3

Zum dritten Messzeitpunkt zeigten sich in den klinischen Maßen keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen PSNV-B(nU) und PSNV-B(U). Im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PCL-5) lag der Anteil der Fälle mit klinisch relevanten Symptomen bei 12,5 % (n = 2) in der PSNV-B(U)-Gruppe und bei 22,9 % (n = 30) in der PSNV-B(nU)-Gruppe. In beiden Gruppen verschlechterte sich jeweils eine Person zwischen t2 und t3 in den klinisch relevanten Bereich. Das heißt, die Prävalenz relevanter PTBS-Symptomatik bleibt in beiden Gruppen auch längsschnittlich substantiell.

Bei den depressiven Symptomen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Verbesserungen zwischen t2 und t3, weder in der PSNV-B(U)-Gruppe noch bei PSNV-B(nU). In der PSNV-B(U)-Gruppe hatten 50,0 % (n = 8) mindestens leichte depressive Symptome, davon sechs Personen (37,5 %) mit leichten und zwei Personen (12,5 %) mit mittelgradigen Symptomen. In der PSNV-B(nU)-Gruppe waren es 58,8 % (n = 77) mit mindestens leichten Symptomen; aufgeschlüsselt nach Schweregrad zeigten sich 47 Personen (35,9 %) mit leichten, 16 Personen (12,2 %) mit mittelgradigen, acht Personen (6,1 %) mit ausgeprägten und 6 Personen (4,6 %) mit schwersten depressiven Symptomen.

Beide Gruppen lagen damit im Durchschnitt im Bereich leichter Beeinträchtigung bezüglich Arbeitsfähigkeit, Haushaltsführung oder sozialem Funktionieren. In der PSNV-B(U)-Gruppe berichteten fünf Personen (31,3 %) über eine etwas und zwei Personen (12,5 %) über eine relativ stark erschwerte Arbeit. In der PSNV-B(nU)-Gruppe waren dies 47 Personen (37,9 %) mit etwas, 13 Personen (10,5 %) mit relativ stark und fünf Personen (4,0 %) mit sehr stark erschwelter Arbeit. Im Zeitverlauf kam es in der PSNV-B(U)-Gruppe bei einer Person (7,7 %) zu einer Verschlechterung der funktionalen Beeinträchtigung durch depressive Symptome; in der PSNV-B(nU)-Gruppe verschlechterte sich keine Person in diesem Bereich.

Im Bereich der Schlaflosigkeit lagen beide Gruppen im Durchschnitt im Bereich unterschwelliger Symptomatik. Mindestens unterschwellige Schlaflosigkeit gaben 31,4 % (n = 5) in der PSNV-B(U)- und 48,5 % (n = 63) in der PSNV-B(nU)-Gruppe an. Im Detail litten in der PSNV-B(U)-Gruppe drei Personen (18,8 %) an unterschwelliger, je eine Person (6,3 %) an moderater bzw. schwerer Schlaflosigkeit. In der PSNV-B(nU)-Gruppe berichteten 36 Personen (27,7 %) über unterschwellige, 24 Personen (18,5 %) über moderate und drei Personen (2,3 %) über schwere Schlaflosigkeit.

Die Analyse des psychischen Wohlbefindens (Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale) zeigte keine Veränderung der Mittelwert-Summenscores zwischen t2 und t3. Beide Gruppen befanden sich zu t3 im Bereich durchschnittlich hoher mentaler Gesundheit. Gruppenunterschiede in den Bereichen Sexualität, ehrenamtliche Tätigkeit, Alltag und Beruf/Studium/Ausbildung konnten zu t3 nicht festgestellt werden.

Funktionale Beeinträchtigungen traten jedoch weiterhin auf. In der PSNV-B(U)-Gruppe wies eine Person (6,3 %) eine bemerkbare, drei Personen (18,7 %) mäßig schwere bis schwere Beeinträchtigungen auf. In der PSNV-B(nU)-Gruppe waren es 30 Personen (23,1 %) mit bemerkbaren und 25 Personen (19,2 %) mit mäßig schweren oder schwereren Beeinträchtigungen im Alltag.

Im Bereich Beruf/Studium/Ausbildung zeigten 56,2 % (n = 9) der PSNV-B(U)-Gruppe und 32,3 % (n = 42) der PSNV-B(nU)-Gruppe mindestens sehr leichte Beeinträchtigungen. Detailliert betrachtet, wiesen fünf Personen (31,4 %) der PSNV-B(U)-Gruppe sehr leichte bis mäßige Einschränkungen auf (PSNV-B(nU): 24 Personen, 18,7 %), während vier Personen (25,0 %) mittlere bis sehr starke Einschränkungen meldeten (PSNV-B(nU): 13 Personen, 10,1 %). Zusätzlich zeigten fünf Personen (3,9 %) aus der PSNV-B(nU)-Gruppe extreme Einschränkungen.

Die subjektive Bewertung der Fragebogenhilfe fiel bei der PSNV-B(U)-Gruppe zu t2 niedriger aus als bei PSNV-B(nU). Zum Abschluss von t3 lag das Wohlbefinden in der PSNV-B(U)-Gruppe signifikant höher als in der PSNV-B(nU)-Gruppe. Allerdings zeigte sich in keiner Gruppe zwischen t2 und t3 eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens; in der PSNV-B(U)-Gruppe war das Ausgangsniveau zu t2 bereits höher. Zwei Fälle (1,8 %) aus der PSNV-B(nU)-Gruppe verschlechterten sich im Wohlbefinden von t2 zu t3.

3.3.4 Diskussion

In der bisherigen Forschung wurden Einsätze der PSNV-B-Teams vorrangig im zivilen Bereich untersucht, während betriebliche Kontexte bislang kaum systematisch betrachtet wurden (Rehmer et al., 2022).

3.3.4.1 Forschungsfrage 5: Wie häufig haben die Einsätze ehrenamtlicher PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass?

Die Analyse der Einsatzdokumentationen zeigt, dass betriebliche Anlässe einen substanziellen Anteil der Arbeit ehrenamtlicher PSNV-B-Teams ausmachen und keineswegs ein Randphänomen darstellen. Der Anteil der Einsätze mit eindeutig betrieblichem Hintergrund liegt je nach Datenschnitt bei 14,4 - 17,2 % (elf bzw. neun Teams; N = 1 382 bzw. 1 164 Einsätze). In der Gesamtschau entspricht das etwa jeder sechsten bis siebten Intervention, ein Wert, der weit über sporadische Einzelfälle hinausgeht und die betriebliche PSNV-B-Arbeit als etablierten, flächendeckenden Bestandteil des Einsatzgeschehens bestätigt. Das Ergebnis widerlegt die verbreitete Annahme, PSNV-B-Teams seien primär auf private, außerbetriebliche Szenarien fokussiert und unterstreicht, dass der Bedarf im Arbeitskontext systematisch zu berücksichtigen ist. Zwischen den Teams existieren moderate Schwankungen (Range: 11,4 – 21,7 %), die auf regionale, sektorale und organisationsspezifische Unterschiede im Melde- und Anforderungsverhalten zurückzuführen sind. Der Großteil der betrieblichen Einsätze entfällt klar auf den klassischen Unternehmenskontext (rund 90 % der U-Einsätze), während Schulkontexte mit Ausnahme von Großschadenslagen eine deutlich geringere Rolle spielen. Das deutet auf eine stabile, durch Arbeitsschutzrecht und betriebliche Präventionslogik geprägte Nachfrage nach PSNV-B-Leistungen im Unternehmen hin, in dem Arbeits- und Wegeunfälle sowie medizinische Notfälle die zentralen Indikationsfelder bilden.

Innerhalb der betrieblichen Einsätze dominieren Arbeitsunfälle (87,4 %), gefolgt von Wegeunfällen und vereinzelt gemischten Szenarien. Medizinische Notfälle, Suizid/Suizidversuche und Verkehrsunfälle sind die am häufigsten genannten Einsatzindikationen und entsprechen damit

den typischen, hochbelastenden Extremsituationen im Arbeitskontext. Auffällig ist, dass betriebliche PSNV-B-Einsätze in der Regel Gruppen betreffen. Im Mittel werden pro Einsatz 4,91 Betroffene begleitet, wobei nach Ausreißerbereinigung der Wert auf 2,52 sinkt. Das bedeutet, dass nicht nur Einzelpersonen, sondern häufig auch Teams oder Belegschaften von Extremsituationen betroffen sind und eine multiperspektivische psychosoziale Unterstützung benötigen. Im Unternehmenskontext liegt die Zahl der betreuten Personen pro Einsatz mit durchschnittlich 2,63 nur unwesentlich niedriger, während Schulkontexte bei Großschadenslagen teils zu deutlich höheren Fallzahlen führen.

Die Durchführung der PSNV-B-Arbeit im Betrieb erfolgt fast ausschließlich vor Ort. 96,3 % aller Einsätze finden als Präsenzintervention statt, auf der individuellen Ebene werden 99,5 % der Betroffenen persönlich (face-to-face) betreut. Digitale Formate wie Telefon- oder Mailberatung spielen im Vergleich praktisch keine Rolle. Dies spiegelt sowohl die Anforderungen an Akuthilfe als auch die Erwartungshaltung im Betrieb wider und stellt, trotz fortschreitender Digitalisierung im Gesundheitswesen, einen strukturellen Unterschied zu anderen psychosozialen Beratungssettings dar.

Hinsichtlich der betreuten Personengruppen ist bemerkenswert, dass ein erheblicher Anteil der Einsätze Ersthelfende (21,8 % der U-Einsätze; 11,5 % aller betreuten Personen) und Angehörige/Zugehörige (16,1 % der U-Einsätze) einbezieht. Die Unterstützung von Ersthelfenden ist angesichts bekannter sekundärer Traumatisierungsrisiken nach kritischen Ereignissen als angemessen zu bewerten, wird in der Praxis jedoch bislang selten systematisch implementiert. Dies bestätigt den Bedarf für breitere Sensibilisierung und entsprechende Angebote im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Anforderung der PSNV-B-Teams erfolgt in fast drei Viertel der Fälle durch externe Leitstellen (Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei), während die aktive Anforderung durch Unternehmen selbst selten ist (7,5 %). Die Steuerung psychosozialer Notfallversorgung im Betrieb bleibt damit weitgehend in der Logik des Rettungsdienstsystems verankert, statt ein integraler Bestandteil innerbetrieblicher Notfallstrukturen zu sein. Die geringe Einbindung durch Unternehmen selbst verweist auf anhaltende Defizite im internen Notfallmanagement, auf geringe Bekanntheit der Angebote und/oder auf strukturelle Schwächen in der Krisenkommunikation.

3.3.4.2 Forschungsfrage 6: Wie erleben PSNV-B Einsatzkräfte die Einsätze im betrieblichen Bereich?

Die Auswertung qualitativer Erfahrungsberichte verdeutlicht, dass Einsätze im betrieblichen Bereich für PSNV-B-Einsatzkräfte mit spezifischen, teils erheblichen Herausforderungen verbunden sind, die sich klar von öffentlichen oder privaten Einsatzkontexten abgrenzen. Das betriebliche Setting ist durch eine hohe Komplexität, ausgeprägte Hierarchien, Gruppendynamische Besonderheiten und häufig unzureichende strukturelle Voraussetzungen geprägt. Ein zentrales Ergebnis ist der starke Einfluss betrieblicher Hierarchien und interner Rollenstrukturen. In 20,3 % der Aussagen werden diese als maßgebliches Hemmnis für Offenheit und Versorgungsqualität beschrieben. Mitarbeitende verhalten sich im Beisein von Führungskräften oft zurückhaltend oder vermeiden es, Belastungen offen anzusprechen. Daraus resultiert eine Einschränkung der psychosozialen Interventionsmöglichkeiten.

Ein weiteres, häufig genanntes Hindernis ist der Mangel an geeigneten Rückzugsräumen, Ressourcen und klaren Zuständigkeiten für Weiterführende Betreuung und Nachbetreuung (17,4 % der Aussagen). Fehlen räumliche, organisatorische und zeitliche Ressourcen, können vertrauliche Gespräche oder sensible Interventionen nicht adäquat umgesetzt werden. Zudem erschweren unübersichtliche Strukturen und eine Vielzahl wechselnder Ansprechpartner die

Kontinuität und Verbindlichkeit der Betreuung. Im Gegensatz zu Schuleinsätzen, wo Krisenteams und klare Interventionspläne häufiger vorliegen, fehlen solche Strukturen in Unternehmen meist vollständig oder sind im Ernstfall wenig handlungsfähig. Emotionale Barrieren und zurückhaltende Kommunikation werden in 11,6 % der Antworten als herausfordernd benannt. Führungskräfte zeigen sich im Umgang mit Krisen häufig distanziert oder versuchen, die Ereignisverarbeitung zu beschleunigen, um die Arbeitsfähigkeit schnellstmöglich wiederherzustellen. Die Folge ist eine Depriorisierung psychosozialer Aspekte zugunsten ökonomischer Ziele.

Die Betreuung heterogener, oft international zusammengesetzter Gruppen sowie der Umgang mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden stellen weitere Belastungsfaktoren dar. In 4,3 % der Aussagen wird die Notwendigkeit zusätzlicher Dolmetscher und erhöhter kultureller Sensibilität betont, ein Aspekt, der in der bisherigen Qualifizierung von PSNV-B-Kräften nachweislich unterrepräsentiert ist. Die Praxis zeigt hier einen deutlichen Fortbildungsbedarf, insbesondere für Betriebe mit migrantischer Belegschaft. Das Setting am Einsatzort selbst ist in 15,9 % der Aussagen ein Kritikpunkt. Ungeeignete Räumlichkeiten, unvorbereitete Führungskräfte und fehlende Notfallmanagementpläne behindern die Umsetzung wirksamer psychosozialer Interventionen. Besonders Wegeunfälle sind durch chaotische Einsatzbedingungen, mangelnde Informationslage und fehlende Rückzugsräume geprägt. Augenzeugen- und Ersthelferbetreuung wird oft improvisiert und ohne klare Struktur geleistet.

PSNV-B-Kräfte setzen im betrieblichen Kontext vorrangig auf fachliche Expertise (27 % der Aussagen), Psychoedukation, Orientierung sowie Teamkoordination. Gleichzeitig werden Sprachbarrieren (31 %), unklare Zuständigkeiten, betriebliche Besonderheiten und emotionale Belastung als zentrale Stressoren benannt. Hinzu kommen unrealistische Erwartungen an die Professionalität und Verfügbarkeit der Einsatzkräfte, die in 30 % der Antworten als belastend erlebt werden. Die Nachbetreuung nach Akutphase ist nur selten strukturell verankert und bleibt häufig auf punktuelle Kontakte beschränkt. Die Daten zeigen, dass fehlende Verbindlichkeit, unklare Ressourcenzuständigkeit und mangelhafte Informationsweitergabe die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit psychosozialer Weiterführende Betreuung massiv einschränken. Die Mehrheit der PSNV-B-Einsatzkräfte fordert eine konsequentere Berücksichtigung betrieblicher Besonderheiten in der Aus- und Fortbildung. Dazu zählen Wissen zu internen Strukturen, Umgang mit unterschiedlichen Betroffenengruppen, Wissen über die Rolle und Aufgaben der Unfallversicherungsträger sowie verstärkte Reflexion und Selbstfürsorge. Die Vorbereitung auf komplexe Einsatzlagen, Umgang mit medienwirksamen Notfällen und Zusatzqualifikationen (z. B. Sprachkurse) werden als notwendig angesehen.

3.3.4.3 Forschungsfrage 7: Wie könnten Unternehmen bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen unterstützt werden?

Die qualitativen Befunde aus den Erfahrungsberichten der PSNV-B-Einsatzkräfte legen nahe, dass eine wirksame Unterstützung von Unternehmen nach Notfällen auf einem integrierten Maßnahmenpaket beruhen muss, das Prävention, strukturelle und organisatorische Veränderungen, gezielte Qualifikation sowie Weiterführende Betreuung verbindet. Einzelmaßnahmen greifen nach Einschätzung der Praktikerinnen und Praktiker zu kurz. Entscheidend ist die systematische Verankerung psychosozialer Betreuung im betrieblichen Alltag. Prävention und Information stehen an oberster Stelle. In fast einem Drittel der Rückmeldungen werden Sensibilisierung und niedrigschwellige Informationsangebote als Schlüssel für nachhaltige Präventionsarbeit betont. Die Bereitstellung von kompakten, leicht verständlichen Materialien (z. B. Notfallkarten, Aushänge mit Kontaktdaten) sowie regelmäßige Informationsveranstaltungen schaffen eine Grundaufmerksamkeit und Handlungssicherheit für Mitarbeitende und

Führungskräfte. Schulungen und gezielte Qualifizierung sind laut Einsatzkräften ein weiterer Kernfaktor. Regelmäßige Fortbildungen für betriebliche Ersthelfende, Führungskräfte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit müssen Psychosoziale Notfallversorgung verbindlich integrieren. Gefordert wird nicht nur die Pflicht zur Vermittlung dieser Inhalte, sondern auch deren Anpassung an verschiedene Unternehmensgrößen und Risikoprofile. Besondere Bedeutung kommt dabei auch den D-Ärztinnen und D-Ärzten, Sicherheitsbeauftragten und Betriebsärztinnen und -ärzten zu, die für die Erstversorgung im Akutfall eine Schlüsselfunktion einnehmen.

Strukturelle und organisatorische Maßnahmen werden von den PSNV-B-Kräften als Grundvoraussetzung für nachhaltige Betreuung angesehen. Feste Ansprechpersonen im Betrieb, definierte Zuständigkeiten, ein spezifischer Etat für psychosoziale Maßnahmen und verbindliche Abläufe sind notwendig, um psychosoziale Angebote zuverlässig und diskriminierungsfrei zugänglich zu machen. Die Kooperation mit externen Partnern, insbesondere mit Betriebsärztinnen, -ärzten und Dolmetschenden, wird als essenziell eingeschätzt, um Versorgungslücken zu schließen und insbesondere vulnerable Gruppen zu erreichen. Weiterführende Betreuung und kontinuierliche Betreuung finden sich zwar seltener in den Rückmeldungen, werden aber von den Einsatzkräften als unverzichtbar für eine nachhaltige psychosoziale Stabilisierung und Reintegration bewertet. Besonders nach schweren Notfällen (z. B. Todesfällen) ist es aus Sicht der Praxis entscheidend, dass Führungskräfte auch über den unmittelbaren Akutzeitraum hinaus aktiv auf Betroffene zugehen, niedrigschwellige Hilfen anbieten und bei Bedarf externe Unterstützung vermitteln. Querschnittlich betonen die Einsatzkräfte die Notwendigkeit einer engen Kooperation mit externen Akteuren. Unfallversicherungsträger, Kriseninterventionsteams, Betriebsärztinnen und -ärzten sowie Dolmetschenden müssen systematisch einbezogen werden, um im Bedarfsfall rasch und zielgerichtet reagieren zu können. Die Bündelung von Fachkompetenzen und die Vermeidung von Schnittstellenproblemen sind aus Sicht der Praxis entscheidend, um Versorgungslücken zu schließen und die Psychosoziale Notfallversorgung im Betrieb auf ein professionelles Fundament zu stellen.

3.3.4.4 Sekundärdatenanalyse

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse verdeutlichen, dass psychische und funktionale Beanspruchungsfolgen nach Notfällen auch im betrieblichen Kontext ein substanzielles und persistierendes Problem darstellen. Rund sechs Monate nach dem Ereignis berichten bis zu 50,00 % der betreuten Personen über klinisch relevante Symptome, wobei depressive Symptomatik (37,50 % leicht, 12,50 % mittelstark), posttraumatische Belastungsreaktionen (12,50 %) und Schlafstörungen (12,50 %) dominieren. Die hohe Rate an andauernden funktionalen Beeinträchtigungen (18,50 %), insbesondere Einschränkungen im beruflichen Alltag (56,20 %), unterstreicht den anhaltenden Unterstützungsbedarf und die Relevanz nachhaltiger betrieblicher Weiterführende Betreuung. Die Gruppenunterschiede zwischen PSNV-B im Unternehmenskontext (U) und außerhalb (nU) manifestieren sich sowohl in der Art des Ereignisbezugs als auch im klinischen Belastungsprofil. Während bei PSNV-B(U) Betroffene überwiegend als Augenzeuginnen und -zeugen, Fahrpersonal, Ersthelfende oder Unfallbeteiligte auftreten, handelt es sich bei PSNV-B(nU) meist um Hinterbliebene mit familiärem oder partnerschaftlichem Bezug zur Indexperson. Dieses Muster spiegelt sich auch in den Unterstützungsbedarfen und Interventionen wider. Im betrieblichen Kontext werden häufiger Beratungsstellen benannt und Details zum Ereignis intensiver besprochen, während Abschiednahmen und Trauerunterstützung seltener sind. Die Ergebnisse zeigen, dass betriebliche PSNV-B-Interventionen stärker auf Information, Psychoedukation und Stabilisierung fokussieren, während im privaten Kontext emotionale Begleitung und Trauerarbeit eine größere Rolle spielen.

Die Befunde zur psychischen Belastung verdeutlichen, dass das Risiko für posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), depressive Symptomatik und Schlaflosigkeit im Unternehmens-

kontext niedriger ist als außerhalb des Betriebs. Bei PSNV-B(U) liegt die Prävalenz klinisch relevanter PTBS-Symptome im Längsschnitt bei 12,5 %, verglichen mit 22,9 % bei PSNV-B(nU). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei depressiven Symptomen (50,0 % vs. 58,8 % mit mindestens leichter Ausprägung). Die geringeren Werte im Unternehmenskontext könnten auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein. Zum einen treten Betroffene hier überwiegend als Zeuginnen und Zeugen oder Kolleginnen und Kollegen auf, sind also seltener direkt betroffen oder in das Geschehen emotional involviert. Zum anderen deuten die Daten darauf hin, dass betriebliche Unterstützungsstrukturen, trotz vorhandener Defizite, eine stabilisierende Wirkung haben und helfen, die emotionale Belastung zu mindern. Trotz des geringeren klinischen Belastungsniveaus bleibt der Anteil der Betroffenen mit funktionalen Einschränkungen im betrieblichen Alltag auch nach sechs Monaten erheblich. Insbesondere leichte bis mäßige Einschränkungen in Arbeit, Haushalt und sozialem Umgang treten in beiden Gruppen auf, wobei die nU-Gruppe von schwereren und ausgeprägteren Einschränkungen berichtet. Die Daten legen nahe, dass gezielte Maßnahmen zur Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz und zur langfristigen Stabilisierung notwendig sind.

Die subjektive Bewertung der durchgeführten Interventionen zeigt, dass insbesondere strukturierte Gespräche, Transparenz über organisatorische Abläufe und empathische Betreuung als hilfreich erlebt werden. Die Daten legen nahe, dass Maßnahmen, die Orientierung und Sicherheit vermitteln, besonders im Unternehmenskontext positiv bewertet werden. Auffällig ist jedoch, dass das bloße Nennen von Beratungsstellen ohne weiterführende Einbettung als wenig entlastend erlebt wird. Im Längsschnitt zeigt sich, dass das Wohlbefinden der Betroffenen im Unternehmenskontext insgesamt höher eingeschätzt wird und sich über die Zeit stabilisiert, während in der nU-Gruppe keine relevante Verbesserung und sogar einzelne Verschlechterungen beobachtet werden. Trotz dieser positiven Tendenz bleibt der Anteil klinisch und funktional beanspruchter Personen in beiden Gruppen hoch. Die Ergebnisse machen deutlich, dass PSNV-B-Maßnahmen im Betrieb nicht als singuläres Akutangebot verstanden werden dürfen, sondern Teil einer systematischen, langfristigen Gesundheitsstrategie sein müssen. Insbesondere kontinuierliche Weiterführende Betreuung, niedrigschwellige Angebote und eine bessere Integration betrieblicher Unterstützungsstrukturen in den Alltag sind zentrale Hebel zur Prävention chronischer Belastungsfolgen.

3.3.5 Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass betriebliche Notfälle ein bedeutsames, bislang jedoch unzureichend adressiertes Einsatzfeld für ehrenamtliche PSNV-B-Teams darstellen. Obwohl diese Einsätze formal nicht zu den klassischen Einsatzindikationen gehören, werden PSNV-B-Kräfte regelmäßig und insbesondere durch externe Organisationen (z. B. Leitstellen) zu Notfällen im Unternehmenskontext alarmiert. Dies unterstreicht einerseits die Relevanz spezifischer, auf die besonderen Herausforderungen des betrieblichen Settings zugeschnittener Aus- und Fortbildung für PSNV-B-Teams und macht andererseits deutlich, dass Unternehmen ihre gesetzliche Verantwortung zur Etablierung und Umsetzung eigener psychosozialer Notfallstrukturen nicht an externe Ehrenamtliche delegieren dürfen. Die empirischen Daten zeigen auch, dass betriebliche Anlässe, insbesondere Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und medizinische Notfälle, einen nicht zu vernachlässigenden Anteil am Einsatzspektrum ausmachen und meist Gruppen sowie verschiedene Akteursgruppen (z. B. Ersthelfende, Angehörige) betreffen. Die psychosoziale Akut- und Weiterführende Betreuung im Betrieb ist dabei mit deutlich höheren Anforderungen, komplexeren Rahmenbedingungen und spezifischen Belastungsfaktoren verbunden als im privaten Bereich. Besonders Hierarchien, mangelnde

Ressourcen, fehlende Routinen im Krisenmanagement sowie die starke Abhängigkeit von externen Anforderungsketten erschweren eine strukturierte psychosoziale Versorgung.

Die Analysen verdeutlichen, dass psychische und funktionale Belastungsfolgen nach betrieblichen Notfällen auch mittelfristig eine erhebliche Rolle spielen. Klinisch relevante Symptome wie depressive Störungen, posttraumatische Belastungsreaktionen und funktionale Einschränkungen sind auch sechs Monate nach dem Ereignis bei einem signifikanten Anteil der Betroffenen nachweisbar. Die Rate funktionaler Beeinträchtigungen im beruflichen Alltag bleibt hoch, selbst wenn das klinische Belastungsniveau im Unternehmenskontext insgesamt niedriger ist als außerhalb des Betriebs. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass niedrigschwellige, strukturierte und empathisch durchgeführte PSNV-B-Maßnahmen als hilfreich erlebt werden, während rein formale Hinweise oder das bloße Nennen von Beratungsstellen ohne weitergehende Einbettung kaum entlastend wirken. Aus Sicht der Einsatzkräfte und Betroffenen ist eine nachhaltige Verbesserung der psychosozialen Notfallversorgung im Betrieb nur durch eine konsequente Integration in die betriebliche Präventions- und Krisenstrategie erreichbar. Dazu gehören die systematische Sensibilisierung und Schulung aller betrieblichen Akteure, klare Verantwortlichkeiten, verlässliche interne Strukturen, kontinuierliche Weiterführende Betreuung und die kooperative Einbindung externer Fachdienste. Einzelne punktuelle Maßnahmen oder das Verlassen auf Einzelpersonen sind nicht ausreichend, um den komplexen und wachsenden Anforderungen im betrieblichen Setting gerecht zu werden.

Die Befunde beruhen überwiegend auf Selbstauskünften, retrospektiven Bewertungen und einer begrenzten Stichprobe von Teams und Einsatzberichten, was eine gewisse Selektivität und potenzielle Verzerrung mit sich bringt. Gleichwohl bieten die Ergebnisse die bislang umfassendste empirische Grundlage zur Rolle, Wirksamkeit und den Herausforderungen betrieblicher PSNV-B-Einsätze im deutschsprachigen Raum und liefern belastbare Ansatzpunkte für die Professionalisierung, strukturelle Verbesserung und nachhaltige Verankerung psychosozialer Akuthilfen im Unternehmen.

3.4 Teilprojekt 4, externe Anbietende

3.4.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Zielsetzung von Teilprojekt 4 war die systematische Erfassung und Analyse der Angebote, Strukturen und Qualitätsmechanismen externer Dienstleistender im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung für Unternehmen in Deutschland. Im Fokus stand insbesondere die Frage, wie externe Anbietende, darunter private Anbieter, Beratungsunternehmen, Fachkliniken und überregionale Netzwerke, Betriebe bei der Weiterführende Betreuung plötzlich auftretender psychischer Extremsituationen unterstützen, welche Angebote nachgefragt werden und wie Qualitätssicherung sowie die tatsächliche Inanspruchnahme gestaltet sind. Bislang fehlte eine bundesweite Übersicht über das Spektrum dieser externen Angebote, die deren Zugänglichkeit, Qualität, Versorgungslogik und Wirksamkeit systematisch beleuchtet. Das Teilprojekt leistete damit einen Beitrag zur Schließung einer zentralen Forschungslücke im Kontext der betrieblichen Prävention und Weiterführende Betreuung nach psychisch belastenden Ereignissen.

Die Untersuchung wurde als Querschnittsstudie über einen Zeitraum von Oktober 2023 bis Januar 2025 angelegt. Zielgruppe waren alle relevanten externen Dienstleistenden, die von Unternehmen mit der Bereitstellung psychosozialer Notfallversorgung beauftragt werden,

unabhängig von Branchen- oder Regionsschwerpunkten. Zentral war die Analyse des gesamten Dienstleistungsspektrums entlang der DGUV-Präventionslogik (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention), der jeweils eingesetzten Präventions- und Interventionsformen sowie der strukturellen und qualitativen Rahmenbedingungen der Anbieter.

Im Mittelpunkt standen folgende Forschungsfragen:

8. Wie unterstützen externe Anbietende Betriebe in Deutschland bei der psychosozialen Betreuung der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen?

9. Welche internen und externen Faktoren hemmen oder fördern die Unterstützung der Betriebe durch externe Anbietende?

Dabei wurde differenziert zwischen Leistungen der Primärprävention (Schulungen, Resilienztrainings, präventive Beratung), der Akutbetreuung im Notfall (Krisenintervention, Notfallpsychologische Betreuung, telefonische Hotlines) sowie der weiterführenden (weiterführende Betreuung) Versorgung im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention (psychologische Beratung, Trauma-Weiterführende Betreuung, Einzel- und Gruppeninterventionen). Neben Angebotsstrukturen, Reichweite und Inanspruchnahme standen die qualitative Ausgestaltung der Leistungen, regionale Unterschiede, Kundengruppen (Branchen, Betriebsgrößen), Zugangswege sowie Hinderungs- und Förderfaktoren im Fokus.

Mit der Umsetzung dieses Teilprojekts sollte erstmals ein umfassender Überblick zu externen Dienstleistungsangeboten, deren Reichweite und Qualität im Kontext psychosozialer Notfallversorgung in deutschen Unternehmen entstehen. Durch die Kombination aus Dokumentenanalyse und qualitativen Interviews wurden sowohl Angebotsstrukturen als auch Erfahrungen und Bewertungsperspektiven der Anbietenden systematisch erhoben und analysiert.

Nachfolgend werden die methodischen Grundlagen, das Studiendesign und die Umsetzung der einzelnen Studien in TP4 detailliert dargestellt.

3.4.2 Methodik

Zur Untersuchung der externen Anbieter psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) für Betriebe wurde ein zweiphasiges Studiendesign gewählt. In Studie 8 (Screening) erfolgte zunächst eine systematische Online-Recherche zur Identifikation und Kategorisierung einschlägiger externer Anbieter in Deutschland. Daran anschließend wurden in Studie 9 (Intensivbefragung) die identifizierten Anbieter mittels einer standardisierten Onlinebefragung detailliert zu ihren Angeboten, Strukturen, Qualifikationen, Rahmenbedingungen und Herausforderungen befragt. Die Erhebungen fanden im Zeitraum Oktober 2023 bis Dezember 2024 statt und werden nachfolgend methodisch beschrieben.

3.4.2.1 Studie 8: Screening externer Anbietende

3.4.2.1.1 Studiendesign

Die erste Studienphase diente der umfassenden Bestandsaufnahme externer PSNV-Anbieter in Deutschland. Hierzu wurde eine schlagwortgeleitete Internetrecherche durchgeführt, ergänzt durch die Auswertung eines Berufsregisters und eines Business-Netzwerks. Konkret umfasste das Screening folgende Schritte:

Mittels definierter Schlagwörter wurden Web-Suchmaschinen (Google) systematisch nach kommerziellen Anbietern durchsucht. Beispiele für verwendete Suchbegriffe sind „Notfallpsychologie Betrieb“, „Krisenintervention Unternehmen“, „Psychosoziale Notfallversorgung extern“ sowie Abkürzungen und Kombinationen wie „PSNV Anbieter Deutschland“. Die Suche

wurde iterativ verfeinert und auf die ersten Ergebnisseiten pro Schlagwort begrenzt, bis keine neuen relevanten Anbieter mehr auftauchten. Zusätzlich wurde das offizielle BDP-Notfallpsycholog:innen-Register (online erreichbar unter *notfallpsychologie.net*) genutzt. Dieses Register listet zertifizierte Notfallpsycholog:innen, die freiberuflich Aufträge übernehmen. Alle dort aufgeführten Personen bzw. Organisationen mit Angeboten für Betriebe wurden in die Anbieterliste aufgenommen. Als drittes wurde auf LinkedIn nach Unternehmen oder Profilen gesucht, die PSNV-Leistungen für Betriebe anbieten. Über die Stichwortsuche (z. B. „*Notfallpsychologie*“, „*Critical Incident Stress Management*“) und Branchenfilter ließen sich weitere Dienstleister identifizieren, insbesondere größere Beratungsunternehmen und Netzwerke, die online präsent sind.

3.4.2.1.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Um die Relevanz und Vergleichbarkeit der gefundenen Angebote sicherzustellen, wurden klare Kriterien definiert. Eingeschlossen wurden Anbieter, die:

- **Inhaltlich:** Dienstleistungen der PSNV im Unternehmenskontext anbieten, dazu zählen Präventionsangebote (Schulungen, Konzepte), Akutbetreuung bei Notfällen vor Ort oder telefonisch, sowie psychologische Nachbetreuung (z. B. Weiterführende Betreuung).
- **Strukturell:** Externe, kommerzielle Dienstleister, d. h. von Unternehmen unabhängig agierende Akteure (Einzelpersonen, Firmen oder Netzwerke), die ihre PSNV-Leistungen frei am Markt anbieten oder im Auftrag von Betrieben bzw. Unfallversicherungsträgern (UVT) tätig sind.
- **Geografisch:** in Deutschland ansässige oder primär in Deutschland operierende Anbieter (bundesweit oder regional).
- **Darstellungsform:** eine Online-Präsenz bzw. auffindbare Informationsquelle haben (Website, Registereintrag, LinkedIn-Profil), aus der hervorgeht, dass PSNV-Leistungen für Betriebe angeboten werden.

Nicht berücksichtigt wurden demgegenüber Anbieter, die ausschließlich innerbetriebliche Lösungen darstellen (z. B. interne betriebliche Notfallbetreuungsteams ohne externe Aufträge), rein ehrenamtliche PSNV-Teams (z. B. Notfallseelsorge, PSNV-B-Teams der Hilfsorganisationen) umfassen, da diese nicht kommerziell tätig sind und in einem separaten Teilprojekt untersucht werden, ihren Fokus nicht auf Unternehmenskontexte richten (etwa ausschließlich Notfallpsychologie für Einsatzkräfte oder ausschließlich therapeutische Traumabehandlung außerhalb betrieblicher Akutsituationen), oder keine ausreichenden Informationen zum PSNV-Angebot erkennen ließen (unklare/veraltete Webeinträge).

3.4.2.1.3 Kategorisierung der Anbieter

Alle identifizierten externen Anbieter wurden im nächsten Schritt anhand definierter Merkmale klassifiziert, um einen strukturierten Überblick zu erhalten. Dabei erfolgte die Kategorisierung insbesondere hinsichtlich der regionalen Abdeckung, des angebotenen Leistungsspektrums sowie der Größe und Rechtsform des jeweiligen Anbieters. In Bezug auf die regionale Abdeckung wurde unterschieden, ob die Anbieter lokal oder regional, das heißt innerhalb einer Stadt oder eines Bundeslandes, oder aber überregional bzw. deutschlandweit tätig waren. Das Angebotsspektrum wurde entlang des Präventionsmodells kategorisiert, wobei Angebote der Präventionsbereiche (präventive Schulungen, Notfallpläne, Vorbereitung auf Krisen), Sekundärprävention (sofortige psychologische Erste-Hilfe und Krisenintervention unmittelbar nach einem Ereignis) sowie Tertiärprävention (weiterführende Betreuung, Trauma-Therapie, Rehabilitationsbegleitung) erfasst wurden. Viele Anbieter deckten mehrere dieser Präventionsbereiche ab. Hinsichtlich der Unternehmensgröße und Rechtsform wurde zwischen Einzelanbietern

(Solo-Selbständige oder Ein-Personen-Unternehmen), kleinen Organisationen (Teams von zwei bis zehn Fachkräften, meist in Form einer GbR oder kleinen GmbH) sowie größeren Unternehmen (z. B. spezialisierte Beratungsfirmen, überregionale EAP-Anbieter oder Aktiengesellschaften) differenziert. Das Screening zeigte dabei, dass die Mehrheit der Anbieter Einzelunternehmen waren, gefolgt von GmbHs, während große Organisationen wie Aktiengesellschaften eher selten vertreten waren. Weitere Merkmale, wie die Branchenspezialisierung (also Zielbranchen der Anbieter) sowie Qualitätszertifikate, wurden, soweit aus den Quellen ersichtlich, ebenfalls dokumentiert. Die Screening-Phase dauerte insgesamt von Oktober 2023 bis Dezember 2024 an, wobei die Suche regelmäßig aktualisiert wurde, um auch neu entstehende Anbieter zu erfassen. Im Verlauf des Screenings deutete sich ein erkennbares Wachstum des Anbietermarktes an. Am Ende von Studie 1 lag schließlich eine umfangreiche Liste externer PSNV-Anbieter vor, die als Grundlage für die Intensivbefragung in Studie 2 diente. Insgesamt konnten durch das Screening alle relevanten freien und überbetrieblichen Anbieter in Deutschland erfasst werden, deren Anzahl im niedrigen dreistelligen Bereich lag und eine überschaubare, aber kontinuierlich wachsende Anbieterlandschaft sichtbar machte.

3.4.2.2 Studie 9: Intensivbefragung externer Anbietender, Schriftliche Online-Befragung

3.4.2.2.1 Studiendesign

In Studie 9 wurden die in Studie 8 erfassten externen PSNV-Anbieter eingehend befragt, um vertiefte Informationen zu ihren Angeboten, Arbeitsweisen und Erfahrungen zu gewinnen. Es handelte sich um eine quantitativ-qualitative Onlinebefragung als standardisierter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen über die Plattform SoSci Survey. Diese Methode der schriftlichen Online-Befragung ermöglicht eine effiziente Erhebung bei zugleich hoher Anonymität, was ehrliche Antworten begünstigt. Die Untersuchung wurde als Vollerhebung konzipiert. Alle identifizierten Anbieter wurden zur Teilnahme eingeladen per E-Mail oder LinkedIn-Kontakt mit Link zur Onlinebefragung. Die Feldphase erstreckte sich von März bis Juni 2024, inklusive zweier Reminder an Nicht-Teilnehmende im Abstand von jeweils ca. 3 Wochen. Insgesamt nahmen N = 40 Anbieter an der Intensivbefragung teil, was angesichts der Grundgesamtheit ein guter Rücklauf ist. Die erzielte Stichprobe deckt verschiedene Größenklassen und Unternehmensformen ab, am häufigsten waren Einzelunternehmer vertreten, daneben mittlere Anbieter und wenige größere Firmen. Geografisch waren die meisten Teilnehmenden bundesweit tätig, einige beschränkten ihr Angebot auf bestimmte Regionen.

3.4.2.2.2 Entwicklung des Befragungsinstruments

Der Fragebogen für Studie 8 wurde eigens für diese Zielgruppe entwickelt, wobei wissenschaftliche Empfehlungen zur Fragebogenerstellung berücksichtigt wurden (Reinders et al., 2015; Steiner & Benesch, 2021). Zunächst wurden auf Basis der Literatur und des DGUV-Präventionsmodells zentrale Themenbereiche festgelegt, um die Forschungsschwerpunkte abzudecken. Anschließend erfolgte die Formulierung konkreter Items, teils in Anlehnung an bereits validierte Fragebogenitems aus vergleichbaren Studien, um die Reliabilität zu erhöhen. So wurden etwa einige Fragen aus vorherigen Unternehmensbefragungen im PSNV-Kontext adaptiert, jedoch sprachlich auf die Perspektive der Anbieter angepasst. Der Fragebogenentwurf durchlief dann einen Pre-Test mit mehreren Personen aus der Zielgruppe. Dabei wurde geprüft, ob alle Fragen verständlich und eindeutig sind, ob die Antwortkategorien sinnvoll gewählt wurden und ob der Ablauf der Befragung flüssig ist. In kurzen Feedback-Interviews im Anschluss an den Pre-Test wurden die Probanden gebeten, unklare Formulierungen zu benennen und ihre Gedanken beim Ausfüllen zu schildern (Think-aloud-Technik). Auf Grundlage dieser Rückmeldungen wurde der Fragebogen optimiert; einzelne Items wurden umformuliert

und Instruktionen präzisiert, bis das Instrument für die Haupterhebung geeignet war. Der finale Fragebogen umfasste insgesamt rund 30 – 40 Fragen mit einer Bearbeitungszeit von ca. 15 – 20 Minuten.

3.4.2.2.3 Inhaltlicher Aufbau des Fragebogens

Zur besseren Übersicht und thematischen Trennung war der Onlinefragebogen in mehrere Abschnitte gegliedert (mit Seitenumbrüchen dazwischen), die sich an den relevanten Untersuchungsaspekten orientierten.

3.4.2.2.3.1 Teil 1: Anbieterprofil

Eingangs wurden allgemeine Fragen zum Unternehmen des Anbieters gestellt. Dazu zählten z. B. Rechtsform und Unternehmensgröße (Einzelperson, Anzahl Mitarbeitende), Gründungsjahr, regionale Einsatzgebiete sowie die Grundqualifikation der Anbieter (beruflicher Hintergrund: Psychologie, Medizin, etc.). Diese Fragen waren überwiegend geschlossen (Auswahlkategorien oder kurze Eingaben, z. B. Jahreszahlen). Außerdem wurde erfragt, wie lange die Firma bereits PSNV-Leistungen anbietet (ordinal skaliert, z. B. „< 1 Jahr“, „1 – 5 Jahre“, „mehr als 5 Jahre“ etc.).

3.4.2.2.3.2 Teil 2: Erfahrungen mit Notfällen in Betrieben

In diesem Abschnitt ging es um allgemeine Fragen zu betrieblichen Notfällen, mit denen die Anbieter konfrontiert werden. Abgefragt wurde beispielsweise, welche Arten von Notfällen in ihrer Betreuungspraxis am häufigsten auftreten (z. B. Arbeitsunfälle, Gewaltvorfälle, plötzliche Todesfälle, Mehrfachauswahl) und wie häufig sie im Durchschnitt pro Jahr zu Einsätzen in Unternehmen gerufen werden (offene Angabe oder Kategorien). Diese Fragen dienten der Kontextualisierung der Tätigkeit und waren teils geschlossen (vorgegebene Notfalltypen nach Auswahl) und teils offen (Schätzungen zur Einsatzhäufigkeit).

3.4.2.2.3.3 Teil 3: Angebote der Prävention, Akuthilfe und Weiterführende Betreuung

Dieser Kernblock erfasste detailliert das Leistungsspektrum der Anbieter entlang der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Für Primärprävention (vorbeugende Maßnahmen) wurde z. B. gefragt: „*Welche Angebote der Primärprävention bieten Sie an?*“, mit einer Liste möglicher Angebote (Schulungen, Notfallpläne, Trainings etc.), die als dichotome Items (Ja/Nein) angeklickt werden konnten. Ähnlich wurden für die Akutbetreuung (Sekundärprävention) und Weiterführende Betreuung (Tertiärprävention) entsprechende Listen vorgegeben (z. B. Akuteinsatz vor Ort, telefonische Hotline, Vermittlung in Therapie). Zusätzlich gab es zu jedem Bereich vertiefende Fragen, etwa seit wann diese Leistungen angeboten werden (ordinal), wie viele Fachkräfte dafür zur Verfügung stehen und welche Qualitätssicherungsmaßnahmen angewendet werden (z. B. Fortbildungen, Supervision, Mehrfachantwort). Insgesamt kamen hier vorwiegend geschlossene Fragen (Multiple-Choice und Skalen) zum Einsatz, ergänzt durch einzelne offene Felder für „Sonstiges“.

3.4.2.2.3.4 Teil 4: Umsetzung und Rahmenbedingungen

Dieser Abschnitt beleuchtete, wie die Psychosoziale Notfallversorgung praktisch umgesetzt wird. Hier wurden Fragen zur Einsatzorganisation gestellt: „*Wie läuft bei Ihnen die Alarmierung im Notfallfall ab?*“ (Antwortmöglichkeiten etwa: 24/7-Hotline, über Vermittlung durch UV-Träger, etc.), „*Wie schnell können Sie in der Regel vor Ort sein?*“ (Skalierte Antwort in Stunden), sowie zu vertraglichen Rahmenbedingungen („*Arbeiten Sie auf Abruf oder mit festen Verträgen?*“). Zudem wurden die Anbieter nach wahrgenommenen Herausforderungen in der Praxis gefragt, z. B. ob bestimmte organisatorische Hürden bestehen, Finanzierung unklar ist oder ähnliches. Hier gab es insbesondere ein offenes Item, in dem die Teilnehmenden die größten

Herausforderungen in ihrem Wirken beschreiben konnten (Freitext). Dieses Item zielte auf die Identifikation *hemmender Faktoren* aus Sicht der Anbieter ab (wie später in der Auswertung qualitativ untersucht). Ebenso gab es eine offene Frage nach besonders förderlichen Faktoren oder „Erfolgsfaktoren“ für gelungene PSNV-Unterstützung, um positive Einflussgrößen zu erfassen.

3.4.2.2.3.5 Teil 5: Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern (UVT)

Abschließend wurden Fragen zur Kooperation mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern gestellt, da diese im Unternehmenskontext eine wichtige Rolle spielen. Die Anbieter gaben an, ob und mit welchen UV-Trägern sie bereits zusammenarbeiten (Liste der Berufsgenossenschaften, Mehrfachauswahl) und in welcher Form (z. B. Anerkennung als Partner, Teilnahme an deren Netzwerken). Abgefragt wurde auch, welche Leistungen oder Vorgaben der UVT ihnen bekannt sind bzw. genutzt werden, etwa ob sie nach bestimmten UVT-Standards arbeiten oder Schulungen der UVT nutzen. Hier ging es darum, mögliche *Systemhürden* oder Unterstützungen durch die UVT zu beleuchten (z. B. Anerkennungsverfahren, bürokratische Anforderungen).

Zwischen diesen Hauptteilen sorgten klare Instruktionen und Filterfragen für einen logischen Ablauf. Insgesamt enthielt der Fragebogen geschlossene Items (dichotom, kategorial und Likert-Skalen) zur quantitativen Erfassung und mehrere offene Items für qualitative Angaben, um auch neue Aspekte in den Antworten zu ermöglichen. Beispielhafte Fragestellungen sind „*Welche Arten von präventiven Maßnahmen bieten Sie betrieblich an?*“ (Mehrfachauswahl, nominal) oder „*Welche Qualifikationen bringen Ihre Teammitglieder für PSNV mit?*“ (offene Nennung). Durch diese Kombination konnten standardisierte Daten gewonnen und zugleich individuelle Erfahrungen der Anbieter erfasst werden.

3.4.2.2.4 Durchführung und Datenerhebung

Die Onlinebefragung wurde mit der Software SoSciSurvey umgesetzt, die eine anonyme und datenschutzkonforme Teilnahme ermöglichte. Jeder eingeladene Anbieter erhielt einen individuellen Teilnahme-Link. Vor Befragungsbeginn wurde den Teilnehmenden auf der Einstiegsseite das Studienziel erläutert und eine informierte Einwilligung eingeholt (zustimmungsbedingter Start des Fragebogens). Es wurde versichert, dass die Daten vertraulich behandelt und nur aggregiert ausgewertet werden. Die Bearbeitung konnte pausiert und später fortgesetzt werden, um eine vollständige Beantwortung zu erleichtern. Zur Erhöhung der Rücklaufquote kamen Erinnerungsnachrichten per E-Mail zum Einsatz (nach ca. 2 Wochen und 4 Wochen).

3.4.2.2.5 Auswertungsverfahren

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die quantitativen und qualitativen Daten getrennt aufbereitet. Die geschlossenen Fragen wurden mit deskriptiver Statistik ausgewertet (Software: SPSS). Es wurden Häufigkeiten, Verteilungen und geeignete Kenngrößen (z. B. Mittelwerte bei ordinalen Skalen) berechnet. Angesichts der relativ geringen Fallzahl ($n = 40$) beschränkte sich die Auswertung auf deskriptive Analysen; inferenzstatistische Tests waren nur bedingt aussagekräftig und wurden, falls überhaupt, mit Vorsicht interpretiert (ggf. explorativ ohne Signifikanzanspruch). Die Ergebnisse der wichtigsten quantitativen Items flossen in Form von Tabellen und Diagrammen in die Ergebnisdarstellung ein.

Die offenen Antworten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Hierzu wurde ein Kodierleitfaden erstellt und ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt: Zunächst wurden auf Basis der Forschungsfragen und der Literatur deduktive Kategorien vorab festgelegt (z. B. eine Kategorie „Hemmende Faktoren, Unternehmen“ für Nennungen organisatorischer Hindernisse, oder „Förderliche Faktoren, Netzwerk“ für alles rund um Vernetzung). Anschließend wurden alle freien Textangaben der Befragten Zeile für Zeile analysiert.

Relevante Textstellen wurden den deduktiven Kategorien zugeordnet, wobei gleichzeitig neue, aus dem Material heraus entstehende induktive Subkategorien gebildet wurden, wenn Inhalte nicht in das vorgegebene Schema passten. Dieses Mischverfahren (deduktive Kategorienanwendung mit gleichzeitiger induktiver Kategoriendefinition) erlaubt es, einerseits theorie- und modellgeleitete Aspekte abzudecken und andererseits neue emergente Themen aufzudecken. Aus den finalen Kategorien wurden prägnante Kategoriebezeichnungen und Beispielaussagen extrahiert. So ergab sich etwa für die offenen Fragen nach Herausforderungen ein Kategoriensystem mit Oberkategorien wie *„Organisatorische Hürden im Betrieb“*, *„Finanzierungsproblematik“*, *„fehlende Anerkennung durch UVT“* etc., untergliedert in spezifischere Aspekte entsprechend den Antworten der Anbieter. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse flossen einerseits quantitativ ein (Nennungshäufigkeiten pro Kategorie) und wurden andererseits durch Zitate illustriert (anonymisierte Originalaussagen der Befragten als Belege).

3.4.2.2.6 Qualitätssicherung und ethische Aspekte

Alle eingesetzten Instrumente und Verfahren wurden im Vorfeld durch die Projektgruppe und externe Expert:innen geprüft. Insbesondere der Fragebogen wurde nach dem Pre-Test weiter verbessert, bis eine hohe Inhaltsvalidität erreicht war. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der zuständigen Hochschule positiv begutachtet und freigegeben (Votum vom 01. März 2024). Datenschutzrechtliche Vorgaben (DSGVO, 2016) wurden strikt eingehalten: Die Teilnahme war freiwillig und anonym, personenidentifizierende Daten wurden nicht erhoben. Die Ergebnisse werden aggregiert berichtet, so dass kein Rückschluss auf einzelne Anbieter möglich ist. Insgesamt gewährleistet dieses methodische Vorgehen eine wissenschaftlich fundierte und transparente Erhebung. Durch die Kombination aus breitem Screening und tiefergehender Befragung sowie die Verknüpfung quantitativer und qualitativer Analysen liegt eine belastbare Methodik vor, um die Forschungsfragen von Teilprojekt 4 zu beantworten.

3.4.2.2.7 Stichprobe und Datenbasis

Durch Studie 1 wurde erstmals eine systematische Übersicht externer PSNV-Dienstleister gewonnen. Studie 2 baute darauf auf und lieferte detailreiche Einblicke in die Praxis dieser Anbieter. Die untersuchten Anbieter unterscheiden sich, wie die Ergebnisse zeigen, teils stark in Größe, Angebotsbreite und Qualifikation, was die Vielfalt der Branche widerspiegelt. Diese Unterschiede wurden durch die gewählte Methodik erfasst und in der Auswertung herausgearbeitet. Die Methodik ermöglichte es somit, sowohl quantitative Strukturmerkmale (etwa: wie verbreitet sind bestimmte Angebote?) als auch qualitative Erfahrungswerte (z. B. welche Probleme sehen Anbieter?) wissenschaftlich fundiert darzustellen. Insgesamt bietet das zweistufige Vorgehen eine solide Grundlage für die Bewertung der Rolle externer PSNV-Anbieter in der psychosozialen Notfallversorgung von Unternehmen in Deutschland.

3.4.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen im Überblick:

- *Die externe Anbieterlandschaft psychosozialer Notfallversorgung in Deutschland ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet; große Unternehmen (z. B. ias Gruppe, BAD) decken das gesamte Spektrum von Prävention bis Weiterführende Betreuung ab, während zahlreiche kleine Einzelanbieter spezifische Teilbereiche bedienen.*
- *Größere Anbieter sind meist im Feld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes oder der Mitarbeitendenberatung (EAP) verankert, während kleinere Anbieter häufig aus Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit oder Arbeitsmedizin stammen.*
- *Der Zugang zu externen psychosozialen Angeboten erfolgt für Unternehmen in erster Linie über eigene Netzwerke oder gezielte Recherche; viele kleine Anbieter sind öffentlich schwer auffindbar und werden primär durch Empfehlungen kontaktiert.*
- *Es existieren bislang keine verbindlichen, flächendeckenden Qualitäts- oder Zertifizierungsstandards; die angebotenen Leistungen variieren stark in Umfang, Methodik und Qualifikationshintergrund.*

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden zunächst die methodischen Eckdaten des Screenings sowie die zentralen Strukturdaten der befragten Anbietenden dargestellt, bevor die Antworten auf die Forschungsfragen erfolgen.

3.1.3.4. Studie 8: Screening, Marktübersicht

Im Rahmen des Screenings wurden zunächst zwölf größere bzw. marktbekannte Anbieter psychosozialer Notfallversorgung identifiziert. Durch fortlaufende, systematische Recherche konnte die Kernstichprobe bis September 2024 auf 35 relevante Anbieter in Deutschland erweitert werden. Die Spannweite reicht von großen Dienstleistern mit bundesweitem Angebot bis hin zu Solo-Selbstständigen, die überwiegend regional oder in Nischenmärkten tätig sind. Viele kleine Anbieter waren in öffentlichen Suchmaschinen nicht auffindbar und wurden erst durch direkte Netzwerkkontakte identifiziert. Die große Mehrheit der Anbieter ist branchenübergreifend aktiv, mit Schwerpunkten in Gesundheitswesen, Verwaltung, Verkehr, Baugewerbe und Industrie. Öffentliche Anbieterlisten (z. B. Notfallpsychologie.net) umfassen aktuell 89 registrierte Notfallpsychologinnen und -psychologen, wobei die tatsächliche Zahl aktiver Einzelanbieter deutlich höher liegt.

Ein Großteil der ersten Google-Treffer zu „Notfallpsychologie“ bezieht sich auf Fortbildungen, Behörden oder Hilfsorganisationen; konkrete Dienstleister finden sich meist erst auf den hinteren Seiten. Größere Anbieter (ias Gruppe, BAD, Stimulus/Humans at Work) verfügen über strukturierte Produktportfolios und mehrjährige Erfahrung, während Einzelanbieter häufig spezialisiert sind, z. B. auf Ausbildung betrieblicher psychologischer Erstbetreuender (bpE), Akutintervention oder Krisenmanagement.

3.4.3.1 Studie 9: Intensivbefragung, Anbieterbefragung

Im Rahmen der Intensivbefragung wurden 40 externe Anbietende quantitativ und 23 davon qualitativ detailliert befragt. Die meisten Anbietenden agieren als Einzelunternehmen (35 %), als GmbH (17,5 %) oder als Großunternehmen (17,5 %). Die Mehrheit beschäftigt weniger als zehn Mitarbeitende; nur 17,5 % gehören zu Unternehmen mit über 500 Beschäftigten (meist EAP-Anbieter). Im Hinblick auf die Qualifikationen dominieren psychologische und psychotherapeutische Abschlüsse, gefolgt von Fachärzten für Arbeits- und Betriebsmedizin, Sozialarbeit

und rettungsdienstlichen Qualifikationen. Zusatzqualifikationen in Notfallpsychologie und Krisenintervention sind häufig, allerdings ohne einheitlich geregelten Standard.

Die Anbieter sind mehrheitlich branchenübergreifend tätig, bedienen aber Schwerpunkte im Gesundheits- und Sozialwesen, im Verkehrssektor, in der öffentlichen Verwaltung und in der Industrie. Die regionalen Schwerpunkte variieren, große Anbieter arbeiten deutschlandweit, während Einzelanbieter meist regionale Märkte bedienen.

Die externe Anbieterlandschaft im Bereich Psychosoziale Notfallversorgung ist sehr heterogen und unübersichtlich. Unternehmen müssen gezielt suchen oder auf persönliche Kontakte zurückgreifen, um passende Angebote zu finden. Einheitliche Standards fehlen, die Qualitätssicherung erfolgt meist intern und ist nicht transparent überprüfbar. Die systematische Analyse der Anbietenden zeigt, dass trotz Zunahme und Professionalisierung des Marktes weiterhin erhebliche Unterschiede im Zugang, in der Sichtbarkeit und in den Qualifikationen bestehen.

Im Folgenden werden die spezifischen Ergebnisse zu Angebot, Prozessstruktur sowie Hemmnissen und förderlichen Faktoren aus Sicht der Anbietenden und Unternehmen dargestellt, um die Forschungsfragen detailliert zu beantworten.

3.4.3.2 *Forschungsfrage 8: Wie unterstützen externe Anbietende Unternehmen in Deutschland bei der psychosozialen Betreuung der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen?*

Die Analyse der externen psychosozialen Unterstützung von Unternehmen nach plötzlich auftretenden Extremsituationen basiert auf einer umfassenden methodischen Triangulation aus Screening (Online- und Literaturrecherche) sowie einer Intensivbefragung von 40 relevanten Anbietenden. Die zentralen Ergebnisse lassen sich entlang der folgenden Dimensionen systematisch darstellen: Anbieterlandschaft und Marktentwicklung, Struktur und Qualifikation der Anbietenden, Angebotsportfolio entlang der Präventionskette, Prozessmerkmale, Qualitätsmanagement, Hemmnisse und förderliche Faktoren sowie Entwicklungstrends.

3.4.3.3 *Studie 8: Screening*

Das initiale Screening ergab eine Kernstichprobe von 35 identifizierten externen Anbietenden für Psychosoziale Notfallversorgung, davon zwölf größere beziehungsweise marktbekanntere Dienstleister und eine Vielzahl an mittleren und kleinen, häufig inhabergeführten Einzelunternehmen oder Solo-Selbstständigen. Die Anbieterlandschaft ist dynamisch: Während große Akteure oft bundesweit agieren und über differenzierte Produktportfolios verfügen, gibt es zahlreiche kleinere Anbietende mit spezifischen regionalen, thematischen oder berufsständischen Schwerpunkten. Der Großteil der erfassten Dienstleister ist in ganz Deutschland tätig; einzelne Anbietende sind primär regional verankert oder bedienen Nischenmärkte, etwa für bestimmte Branchen oder Zielgruppen.

3.4.3.4 *Studie 9: Intensivbefragung*

Die Intensivbefragung bestätigte diese Heterogenität. Unter den 40 befragten Anbietenden gaben neun (22,5 %) die Betriebsform „Selbstständig/Einzelbetrieb“ an, fünf (12,5 %) sind als GmbH organisiert, drei (7,5 %) als Aktiengesellschaft, während zwei (5 %) eingetragene Vereine und weitere Anbietende sonstige Rechtsformen aufweisen. In Bezug auf die Betriebsgröße zeigt sich, dass 14 der 40 Anbietenden (35 %) als Ein-Personen-Betriebe agieren. Elf Unternehmen (27,5 %) haben 2 - 9 Mitarbeitende, sieben (17,5 %) beschäftigen 10 - 49 Personen, während sieben weitere Anbietende (17,5 %) zu Großunternehmen mit über 500 Mitarbeitenden gehören, meist aus dem EAP- oder Arbeitsmedizinbereich. Auffällig ist die wachsende Zahl der Anbietende, wobei sich das Angebotsspektrum und der Grad der

Systematisierung in den letzten zehn Jahren sukzessive verbreitert haben. In der Intensivbefragung gaben 15 von 23 Anbietenden (65,2 %) an, dass die Nachfrage nach psychosozialer Akuthilfe und Prävention im Unternehmenskontext deutlich angestiegen sei. Nur drei Anbietende (13 %) sahen eine stabile Entwicklung, ein Rückgang wurde nicht berichtet.

3.4.3.4.1 Struktur und Qualifikation der Anbietenden

Im Screening und der Befragung wurde deutlich, dass große Anbietende überwiegend aus dem Feld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung oder der Mitarbeitendenberatung (Employee Assistance Program, EAP) stammen. Deren Angebot umfasst häufig strukturierte, standardisierte Leistungspakete und richtet sich an mittlere bis große Unternehmen oder öffentliche Träger. Kleine und mittlere Anbietende rekrutieren sich vor allem aus den Berufsfeldern Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Arbeitsmedizin, Rettungsdienst und zum Teil auch aus dem Bereich Theologie (z. B. Notfallseelsorge).

Die Hauptqualifikation ist ein Abschluss in Psychologie. In der Befragung gaben 22 von 40 Anbietenden (55 %) dies als wichtigste Grundqualifikation an. Neun Anbietende (22,5 %) verfügen über einen Facharzt- oder Fachärztinabschluss in Arbeits- oder Betriebsmedizin. Acht (20 %) sind approbierte Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, fünf (12,5 %) verfügen über rettungsdienstliche Ausbildung. Weitere Qualifikationen umfassen Abschlüsse in Sozialarbeit, Feuerwehr, Theologie und vereinzelt spezifische Ausbildung im Bereich Notfallseelsorge. Im Bereich der Zusatzqualifikationen dominiert die Weiterbildung Notfallpsychologie (17 Anbietende, 42,5 %), gefolgt von Krisenintervention (14, 35 %), Critical Incident Stress Management, CISM (11, 27,5 %), Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, SbE (6, 15 %) und notfallpsychologischen Peer-Ausbildungen (4, 10 %). Auch Mental Health First Aid (MHFA) wird von drei Anbietenden (7,5 %) genannt. Im Kontext von Qualitätssicherung ist die Praxis uneinheitlich. 7 der 40 Anbietenden (17,5 %) orientieren sich an den Standards der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), weitere vier (10 %) beziehen sich auf Materialien des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) oder den PSNV-Konsensus. Drei Anbietende (7,5 %) benennen explizit Supervision und Fallbesprechung als Routine, fünf weitere geben „eigene Erfahrung“ als wesentliches Qualitätsmerkmal an. Verbindliche, flächendeckend gültige Standards fehlen bisher; die Vergleichbarkeit der Angebote bleibt dadurch eingeschränkt.

3.4.3.4.2 Angebotsportfolio entlang der Präventionskette

Externe Anbietende decken das gesamte Spektrum der psychosozialen Prävention, Akuthilfe und Weiterführende Betreuung ab. Im Screening und der Befragung wurde folgende Angebotsstruktur sichtbar:

3.4.3.4.2.1.1 Prävention

Schulungen, Trainings und Ausbildungen sind das mit Abstand häufigste Angebot. 20 von 40 Anbietenden (50 %) bieten entsprechende Formate an. Besonders häufig sind dies Führungskräfte-schulungen, Peer- oder bpE-Ausbildungen sowie Workshops zur Vorbereitung auf Notfallsituationen (genannt von sieben Anbietenden, 17,5 %). Peerbezogene Angebote und Vorträge wurden je viermal (10 %) genannt. Der zeitliche Umfang der Präventionsmaßnahmen variiert erheblich: Einzelne Kurzworkshops dauern eine Stunde, modulare Trainingsprogramme können bis zu 40 Stunden umfassen. Die Erfahrung der Anbietende reicht von einem Jahr bis zu über 30 Jahren im Feld.

3.4.3.4.2.1.2 Akuthilfe

Akutinterventionen werden von fünf Anbietenden (12,5 %) explizit angeboten, Gesprächsangebote und Führungskräfteberatung je viermal (10 %), Krisenintervention und PSNV dreimal (7,5 %). Die Interventionen erfolgen sowohl im Einzelsetting (sechs Antworten, 15 %) als auch im Team- oder Gruppensetting (5, 12,5 %). Häufig werden verschiedene Zugangswege kombiniert: Vier Anbietende (10 %) arbeiten telefonisch, vier (10 %) bieten Vor-Ort-Betreuung, drei (7,5 %) Online-/Videocall-Support. Der zeitliche Umfang der Maßnahmen reicht von 1 bis 16 Stunden pro Intervention, teils auch als Interventionskette über mehrere Tage oder Sitzungen hinweg. Auch hier beträgt die Erfahrungsspanne der Anbietende bis zu 30 Jahre.

3.4.3.4.2.1.3 Weiterführende Betreuung

Gespräche, Auffang- und Beratungsangebote werden von jeweils fünf Anbietenden (12,5 %) in der Nachbetreuung angeboten, gefolgt von Akutinterventionen (4, 10 %) und Vermittlung weiterer Hilfen (4, 10 %). Die Weiterführende Betreuung umfasst sowohl die kurzfristige Krisenintervention als auch längerfristige Begleitung und, bei entsprechender Qualifikation, therapeutische Weiterführende Betreuung, bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung (sieben Anbietende, 17,5 %). Die Dauer variiert zwischen einmaligen Sitzungen und mehrmonatiger Begleitung. Acht Anbietende gaben an, in diesem Bereich keine Leistungen zu erbringen.

3.4.3.4.2.2 Besonders häufig nachgefragte Angebote

In der Befragung wurden Akutbetreuung und Sekundärprävention von sieben Anbietenden (30,4 %) als am meisten nachgefragt genannt, gefolgt von Weiterführende Betreuung, Beratung/Coaching und Ausbildung betrieblicher psychologischer Erstbetreuender sowie Präventionsmaßnahmen (je drei Antworten, 13 %).

3.4.3.4.2.3 Prozessvariablen und Kooperationsstrukturen

In der Prozessanalyse wurde deutlich, dass externe Anbietende fast ausschließlich auf Beauftragung durch Unternehmen oder deren Sozialversicherungsträger tätig werden. Das Engagement erfolgt in der Regel im Rahmen von Dienstleistungsverträgen, seltener als spontane Einzelbeauftragung. Die Entwicklung der Beauftragungen wird von den meisten Anbietenden als zunehmend wahrgenommen; zugleich besteht ein erheblicher Wettbewerb, insbesondere bei Ausschreibungen größerer Unternehmen oder öffentlicher Auftraggeber.

Netzwerke, Kooperationen mit Betriebsärzten, Arbeitsmedizinerinnen, Fachkräften für Arbeitssicherheit, aber auch mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Rettungsdiensten und Notfallseelsorge werden als förderlich erlebt. Auf Betriebsseite werden Offenheit der Führungskräfte, Unterstützung durch die Unternehmensleitung und vorhandenes Wissen über PSNV als entscheidende Erfolgsfaktoren genannt. Bei der Angebotsentwicklung zeigt sich ein Trend zur Integration psychosozialer Themen in bestehende Programme des Gesundheitsmanagements und zur zunehmenden Systematisierung der Prozessabläufe.

3.4.3.4.2.4 Branchen- und Zielgruppenspezifika

Die meisten externen Anbietende sind branchenübergreifend tätig, bedienen jedoch Schwerpunkte im Gesundheits- und Sozialwesen, im Verkehrssektor, in der öffentlichen Verwaltung und in großen Industrieunternehmen. Wenige Anbietende haben sich auf spezifische Branchen, etwa Feuerwehr, Rettungsdienste oder Finanzdienstleister, spezialisiert. Die Zielgruppen reichen von Führungskräften über betriebliche Ersthelfer und Betriebsräte bis hin zu gesamten Belegschaften und Betriebsärzten.

3.4.3.5 Forschungsfrage 9: Welche internen und externen Faktoren hemmen oder fördern die Unterstützung der Unternehmen durch externe Anbietende bei der psychosozialen Betreuung der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen?

3.4.3.5.1 Screening

Im Rahmen des Screenings wurde eine Vielzahl von Internetquellen, Anbieterverzeichnissen und öffentlich zugänglichen Dokumentationen analysiert, um erste Hinweise auf typische Hindernisse und begünstigende Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und externen Anbietenden im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) zu identifizieren. Auffällig war hierbei zunächst die geringe Sichtbarkeit entsprechender Angebote: Viele Unternehmen haben offenbar keinen klaren Überblick über existierende externe Unterstützungsmöglichkeiten, da weder zentrale Anlaufstellen noch verbindliche Qualitätskennzeichen für Angebote bestehen. Zudem zeigt sich in der Außendarstellung der meisten Anbieter, dass ihre psychosozialen Leistungen nur selten als eigenständiges, betrieblich relevantes Thema positioniert werden. Diese mangelhafte Bekanntheit und geringe öffentliche Präsenz psychosozialer Hilfsangebote stellen laut Screening eine wesentliche Hürde dar. Ein weiteres strukturelles Hemmnis, das in der Literatur- und Webseitenanalyse mehrfach aufgezeigt wurde, betrifft das Fehlen von verbindlichen, überprüfbaren Qualitätsstandards. Während vereinzelt auf DGUV-Standards oder den PSNV-Konsensus Bezug genommen wird, fehlt in der Praxis eine allgemein anerkannte Zertifizierung oder einheitliche Definition von Mindeststandards, was die Vergleichbarkeit und Einordnung der Qualität externer Angebote erschwert und zur Zurückhaltung auf Unternehmensseite beiträgt. Hinzu kommt die Problematik, dass in vielen Unternehmen die interne Verankerung von PSNV-Prozessen und die Zuordnung klarer Ansprechpartner oder Abläufe nicht gegeben sind. PSNV wird oft nicht systematisch in bestehende Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes integriert, sondern bleibt ein Zusatzangebot ohne feste Anbindung oder Verantwortlichkeiten. Als förderliche Faktoren identifizierte das Screening hingegen vor allem bestehende persönliche Kontakte und Kooperationsnetzwerke, die in der Praxis die Schwelle zur Zusammenarbeit erheblich senken. Insbesondere Unternehmen, die bereits eine Krisensituation erlebt haben oder über betriebseigene Gesundheitsdienste verfügen, greifen eher auf externe PSNV-Angebote zurück. Der Nutzen gezielter Sensibilisierungsmaßnahmen sowie die Rolle der Führungsebene werden in den von Anbietern veröffentlichten Erfahrungsberichten und Case Studies als entscheidend für die tatsächliche Nutzung externer Hilfsangebote hervorgehoben.

3.4.3.5.2 Intensivbefragung

Deutlich detaillierter und mit expliziten Angaben zu Häufigkeiten liegen die Ergebnisse aus der Intensivbefragung vor (N = 40 quantitativer Teil, N = 23 qualitativer Teil). Die Intensivbefragung der externen Anbietenden liefert differenzierte Einblicke in die konkreten Hindernisse und Erfolgsbedingungen bei der Zusammenarbeit mit Unternehmen.

3.4.3.5.2.1 Organisatorische und strukturelle Hemmnisse

Am häufigsten wurden organisatorische und strukturelle Defizite in Unternehmen als Hemmnis für eine effektive Psychosoziale Notfallversorgung durch externe Anbietende genannt. Insgesamt sieben Teilnehmende der qualitativen Befragung hoben hervor, dass fehlende Verankerung von PSNV-Prozessen, das Fehlen interner Ansprechpartner oder auch die mangelnde Systematisierung der Zusammenarbeit die Implementierung externer Maßnahmen erschweren. Dies betrifft beispielsweise Situationen, in denen PSNV nicht Bestandteil betrieblicher

Gefährdungsbeurteilungen oder Präventionskonzepte ist und dadurch bei akuten Krisenfällen keine etablierten Abläufe oder Kontaktstrukturen existieren. Viele Anbietende erleben, dass sie im Einzelfall angefragt werden, aber keine nachhaltigen, systematischen Schnittstellen zur betrieblichen Praxis bestehen.

3.4.3.5.2.2 Fehlendes Wissen und falsche Vorstellungen

Eng damit verbunden ist das Problem fehlenden Wissens und bestehender Fehleinschätzungen in Unternehmen hinsichtlich der Inhalte und der Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen: Fünf Anbietende beschrieben, dass Unkenntnis, Unsicherheiten bezüglich Datenschutzes und Vertraulichkeit sowie geringe Sensibilität der Führungskräfte für psychosoziale Risiken nach Notfällen dazu führen, dass externe Angebote nicht oder nur widerwillig in Anspruch genommen werden. Diese mangelnde Sensibilisierung schlägt sich beispielsweise darin nieder, dass Führungskräfte psychosoziale Risiken unterschätzen oder die Bedeutung nach belastenden Ereignissen relativieren.

3.4.3.5.2.3 Unklare Finanzierung und mangelnde Wertschätzung

Ein dritter zentraler Hemmfaktor liegt in der Finanzierung und der monetären Wertschätzung psychosozialer Angebote. Sechs Anbietende machten in der Befragung deutlich, dass sowohl auf Unternehmensseite als auch bei den Unfallversicherungsträgern häufig keine klaren Finanzierungsmodelle oder Budgets für externe PSNV-Leistungen vorgesehen sind. Besonders gravierend ist dies im Fall betroffener Privatpersonen, etwa nach Wegeunfällen, wenn Kosten nicht über bestehende Versicherungslösungen abgedeckt sind. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass eine geringe Wertschätzung psychosozialer Arbeit die Bereitschaft zur Finanzierung und nachhaltigen Implementierung externer Angebote weiter reduziert.

3.4.3.5.2.4 Systemprobleme mit Unfallversicherungsträgern

Systemische Hürden auf Seiten der Unfallversicherungsträger wurden von fünf Teilnehmenden explizit benannt. Hauptprobleme sind die mangelnde Anerkennung und Akzeptanz spezifischer notfallpsychologischer Leistungen im Vergleich zu klassischen Psychotherapie- oder medizinischen Angeboten sowie die bürokratischen Hürden bei Beauftragung und Abrechnung. Kostenträger bevorzugen meist Leistungen, die approbierten Psychotherapeuten zugeordnet sind, und erschweren damit die Beauftragung von spezialisierten Notfallpsychologinnen und -psychologen oder Anbietern mit anderem Qualifikationshintergrund. Hinzu kommen langwierige und teilweise undurchsichtige Vergabeverfahren, die eine schnelle und flexible Reaktion auf akute Ereignisse behindern.

3.4.3.5.2.5 Optimierungspotenzial

Acht Anbietende gaben in der Befragung an, dass sie erhebliches Optimierungspotenzial insbesondere auf System- und Organisationsebene sehen. Am häufigsten wurde die Forderung nach Entwicklung und Durchsetzung verbindlicher Qualitätsstandards geäußert (2-mal). Ebenso wurde die Notwendigkeit einer klareren Abgrenzung zwischen Notfallpsychologie und klassischer (Trauma-)Therapie (2-mal) sowie eine Verbesserung der Schnittstellen zu Behörden und anderen Akteuren der PSNV-Strukturen (ebenfalls mehrfach) angesprochen. Insgesamt fehlt eine übergreifende strategische Steuerung, die Qualität, Zugänglichkeit und Verlässlichkeit externer Angebote systematisch absichert.

3.4.3.5.2.6 Weitere spezifische Hemmnisse

Vereinzelte wurden auch fehlende Bekanntheit der PSNV-Angebote (zwei Antworten) sowie die Konkurrenz zu etablierten betrieblichen Diensten wie Betriebsärzten, Arbeitsschutz oder Employee Assistance Programmes (EAPs) als Barriere beschrieben. Letzteres führt dazu, dass PSNV-Leistungen oftmals nicht als eigenständige Kompetenz wahrgenommen oder nur als nachrangige Ergänzung betrachtet werden.

3.4.3.5.2.7 Förderliche Faktoren

Auf der Seite der förderlichen Faktoren betonten drei Anbietende ausdrücklich die Bedeutung von persönlicher Vernetzung, stabilen Kontakten und bestehenden Kooperationsstrukturen für die erfolgreiche Vermittlung und Umsetzung von PSNV-Angeboten. Die Etablierung von Netzwerken, beispielsweise durch Kooperationen mit Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit oder anderen Anbietern, erleichtert die Überwindung bürokratischer Hürden und fördert die Akzeptanz im Unternehmen. Zwei Anbietende nannten Supervision und Qualitätssicherung als interne Ressourcen, die die Wirksamkeit ihrer Angebote erhöhen.

Aus Sicht der Unternehmen wurden insbesondere die aktive Unterstützung durch beauftragende Betriebe, die Offenheit und das Engagement der Führungskräfte sowie das Vorhandensein von Wissen über PSNV-Angebote (jeweils zwei Antworten) als entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende externe Betreuung identifiziert. Ein weiterer externer förderlicher Faktor ist der sogenannte „Druck durch Ereignisse“: Unternehmen, die bereits Krisenerfahrungen gemacht haben, zeigen eine erhöhte Bereitschaft, nachhaltige Strukturen für psychosoziale Betreuung zu etablieren und externe Angebote regelmäßig zu nutzen.

3.4.3.5.2.8 Nachfrageentwicklung und Prozessvariablen

Als übergeordneter Trend zeigte sich, dass 15 von 40 Teilnehmenden der Intensivbefragung von einer deutlich gestiegenen Nachfrage nach externer psychosozialer Notfallversorgung in den letzten zehn Jahren berichten, während nur drei die Entwicklung als stabil beschrieben.

3.4.3.5.2.9 Qualitätskriterien und Standards

Abschließend bleibt festzuhalten, dass das Fehlen einheitlicher, verbindlicher und überprüfbarer Standards sowohl im Screening als auch in der Intensivbefragung als zentrales Entwicklungsfeld für die gesamte Branche angesehen wird. Während sieben Anbietende die DGUV-Standards (davon drei explizit DGUV Information 206-023) als Referenz nannten, wurden daneben häufig eigene Erfahrungen, der PSNV-Konsensus des BBK, verschiedene notfallpsychologische Weiterbildungen und Supervision als Grundlage der Qualitätssicherung angegeben. Ein durchgängiges, allgemein anerkanntes Zertifizierungssystem existiert bislang nicht, was die Vergleichbarkeit und die Auswahl für Unternehmen erheblich erschwert.

3.4.4 Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass externe Anbietende psychosozialer Notfallversorgung in Deutschland zwar zunehmend als relevante Akteure im Unternehmenskontext wahrgenommen werden, bislang jedoch weder systematisch eingebunden noch flächendeckend durch verbindliche Standards reguliert sind. Im internationalen Vergleich, etwa mit der stärkeren Institutionalisierung von Employee Assistance Programmes (EAP) in angelsächsischen Ländern (Attridge, 2019), zeigt sich in Deutschland ein erheblicher Entwicklungsbedarf in Bezug auf Standardisierung, Transparenz und die Integration in betriebliche Strukturen.

Die Analyse legt nahe, dass das Angebotsspektrum der externen Anbietenden grundsätzlich breit und thematisch an den Bedarfen der Unternehmen ausgerichtet ist. Dennoch scheinen die tatsächliche Wirksamkeit und Reichweite dieser Angebote durch verschiedene Strukturprobleme eingeschränkt zu sein. So fehlen bislang verbindliche Qualifikations- und Qualitätsstandards, was insbesondere für kleinere Unternehmen die Vergleichbarkeit der Angebote erschwert und eine informierte Auswahl kompetenter Anbietende limitiert. Diese Problematik wird auch in aktuellen Untersuchungen zur betrieblichen Präventionslandschaft hervorgehoben (Juds et al., 2024). Ohne einheitliche Mindeststandards bleibt das Feld fragmentiert, und Unternehmen laufen Gefahr, unsystematische oder inadäquate Angebote zu wählen. Darüber

hinaus lassen die Daten darauf schließen, dass bürokratische Hürden und unklare Zuständigkeiten, vor allem im System der gesetzlichen Unfallversicherung, den Zugang zu externer PSNV erschweren. Externe Anbietende berichten von erheblichen Schwierigkeiten bei der Beauftragung und Abrechnung, insbesondere wenn ihre Angebote nicht der approbierten Psychotherapie zuzuordnen sind. Dies wirkt sich negativ auf die Anerkennung und Nutzung innovativer psychosozialer Unterstützungsansätze aus und limitiert deren Einsatzmöglichkeiten in der betrieblichen Praxis. Ein weiterer zentraler Befund betrifft die Schlüsselrolle der Führungskräfte. Die Daten legen nahe, dass eine gelingende Implementierung externer Angebote maßgeblich von der Sensibilisierung und aktiven Unterstützung durch das Top-Management abhängt. In der einschlägigen Literatur wird bestätigt, dass das Engagement der Führungsebene und klare Kommunikationswege entscheidend sind, um PSNV-Maßnahmen im Betrieb zu verankern und nachhaltig wirksam zu machen. Unternehmen, die bereits einschneidende Krisenerfahrungen gemacht haben, scheinen dem Thema aufgeschlossener gegenüberzustehen und eher in nachhaltige Strukturen zu investieren, ein Muster, das auch in internationalen Krisenmanagement-Studien zu beobachten ist (Auth et al., 2022; Maple et al., 2020; Richins et al., 2020; Shick, 2020).

Methodisch ist zu berücksichtigen, dass durch das gewählte Verfahren vor allem etablierte und gut sichtbare Anbietende erfasst wurden, während Solo-Selbstständige und Kleinstanbietende vermutlich unterrepräsentiert sind. Die fehlende Standardisierung der Begrifflichkeiten und Angebote erschwert zudem die Vergleichbarkeit der Befunde, sowohl national als auch im internationalen Kontext. Für die weitere Forschung erscheint es sinnvoll, ergänzend qualitative Zugänge aus Unternehmens- und Mitarbeitendenperspektive zu integrieren, um die Wirkung und Akzeptanz externer Angebote umfassender zu evaluieren. In der Praxis zeigen die Befunde, dass Unternehmen klare Auswahlkriterien und Transparenz bei Leistungsprofilen benötigen, um geeignete Partner identifizieren zu können. Für externe Anbietende ergibt sich die Notwendigkeit, ihre Angebote stärker zu systematisieren, nachvollziehbar zu dokumentieren und sich an existierenden Standards, soweit vorhanden, zu orientieren. Die Entwicklung verbindlicher, überprüfbarer Qualitätsstandards und der Abbau bürokratischer Hürden erscheinen als zentrale Stellschrauben für eine zukunftsfähige Psychosoziale Notfallversorgung im Unternehmenskontext.

3.4.5 **Schlussfolgerung**

Die Studie legt nahe, dass externe Anbietende einen potenziell wichtigen, bislang jedoch wenig standardisierten Beitrag zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen leisten. Für eine nachhaltige Qualitätssicherung und Implementierung erscheint die Entwicklung verbindlicher Standards und Qualifikationskriterien unabdingbar. Ebenso sollten Schnittstellen zwischen externen Anbietenden, Unternehmen und Unfallversicherungsträgern klar definiert und bürokratische Hürden abgebaut werden. Nur durch diese Maßnahmen kann sichergestellt werden, dass externe Angebote flächendeckend, effizient und wirksam zur psychosozialen Unterstützung von Beschäftigten nach Extremsituationen beitragen.

3.5 Veröffentlichungen

Mit dem Projekt konnte eine erweiterte Sichtbarkeit der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben bei allen Zielgruppen erreicht werden. Zudem konnten über den Forschungsbegleitkreis und die Kooperationspartnerinnen und -partner hinaus sehr gute Forschungsk Kooperationen national und international aufgebaut werden.

Neben dem Abschlussbericht befördern dies zahlreiche Publikationen und Veröffentlichungen:

- 1 (+1) Monografien & Herausgeberwerke
- 5 (+7) Fachzeitschriftenartikel und Buchbeiträge (mit Peer-Review-Verfahren)
- 7 (+2) Artikel und Buchbeiträge (ohne Peer-Review-Verfahren)
- 2 Informationsbroschüren zu „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben“
- 39 (+2) eingeladene Vorträge & Interviews
- 33 Weiterbildungen zur „Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben“
- 33 (+2) Abstracts zu nationalen und internationalen wissenschaftlichen Tagungen
- 5 Projekt- und Masterarbeiten & 4 Dissertationen (im Entstehen)
- 2 (+2) Forschungspreise

Die Publikationen und Veröffentlichungen sind nachfolgend dargestellt. Bereits eingereichte und aktuell im Entstehen befindliche Publikationen werden kursiv dargestellt.

3.5.1 Monografien & Herausgeberwerke

Rehmer, S. & Juds, M. (Hrsg. In Vorb.). Fachbuch Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Springer

Rehmer, S. & Juds, M. (2026). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (DGUV Projekt-Nr. FF-FP 0475).

3.5.2 Fachzeitschriftenartikel und Buchbeiträge (mit Peer-Review-Verfahren)

Juds, M. & Rehmer, S. (in Einreichung). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Themenheft „Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit“ Zeitschrift Wirtschaftspsychologie. Pabst Publishers.

Juds, M., Kusliy, E., Schöllgen, I., Schulz, A., & Rehmer, S. (in Vorb.). Review psychosocial emergency support in companies. Manuskript in Vorbereitung, zur Einreichung vorgesehen bei European Journal of Work and Organizational Psychology.

Juds, M., Wagner, P., Niewrzol, D., Freudewald, A., & Rehmer, S. (in Vorb.). Psychosoziale Sekundärbetreuung nach Notfällen in Unternehmen – Eine multiperspektivische Analyse und Ableitung von Handlungsempfehlungen. Manuskript in Vorbereitung, zur Einreichung vorgesehen bei Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie.

Juds, M., Wagner, P., Niewrzol, D., Freudewald, A., & Rehmer, S. (in Vorb.). Qualifizierung von Helfenden in der Sekundärbetreuung nach Notfällen in Unternehmen. Manuskript in Vorbereitung, zur Einreichung vorgesehen bei Zeitschrift für Arbeitswissenschaften.

- Juds, M., Freudewald, A., & Rehmer, S. (in Vorb.). *Psychosoziale Notfallversorgung im Unternehmenskontext: Erfahrungen und Perspektiven betroffener Personen. Manuskript in Vorbereitung, zur Einreichung vorgesehen bei Bundesgesundheitsblatt.*
- Niewrzol, D.; Wagner, P.; Juds, M. & Rehmer, S. (in Vorb.). „Psychosocial emergency support in owner managed organizations from the company’s perspective - comparison of owner-managed and nonowner-managed organizations in Germany.” for *Family Business Review*. SAGE Publications
- Niewrzol, D.; Juds, M.; Freudewald, A. & Rehmer, S. (in Vorb.). „Psychosocial emergency support in owner managed organizations from the perspective of emergency affected employees - comparison of owner-managed and nonowner-managed organizations in Germany.” In *Current Psychology*. Springer; (or *Clinical Psychology in Europe*. Leibniz Institute for Psychology (ZPID); or *European Journal of Family Business*. Elsevier.)
- Rehmer, S.; Juds, M.; Freudewald, A.; Niewrzol, D. & Wagner, P. (2025). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. *ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin - Zeitschrift für medizinische Prävention*. 60: 283–295.
- Ohse K. & Rehmer, S. (2024). Gefährdungsbeurteilung für die Tätigkeit ehrenamtlich Mitarbeitender im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B). In J. Dettmers, A. Tisch & R. Trimpop (Hrsg.) (2024). *Gesundheitsförderliche Arbeit = attraktive Arbeit? Arbeitsgestaltung in Zeiten des Fachkräftemangels* 23. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Kröning: Asanger.
- Kusliy, E. & Rehmer, S. (2024). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen, Ein Living Review zum aktuellen Forschungsstand. In J. Dettmers, A. Tisch & R. Trimpop (Hrsg.) (2024). *Gesundheitsförderliche Arbeit = attraktive Arbeit? Arbeitsgestaltung in Zeiten des Fachkräftemangels* 23. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Kröning: Asanger.
- Rehmer, S. (2022). Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut? In S. Rehmer & C. Eickholt (Hrsg.) (2022). *Transfer von Sicherheit und Gesundheit*. 22. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit (S. 27-32). Kröning: Asanger.
- Rehmer, S.; Woltin, K.-A. & Mühlhan, H. (2022). Stigmatisierung und Wortwahl in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV). In S. Rehmer & C. Eickholt (Hrsg.) (2022). *Transfer von Sicherheit und Gesundheit*. 22. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit (S.295-298). Kröning: Asanger.

3.5.3 Artikel und Buchbeiträge (ohne Peer-Review-Verfahren)

- Rehmer, S. & Juds, M. (in Veröffentlichung). *Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Buchkapitel 28 in Münster, J.; Waterstraat, P. & Karutz, H. (Hrsg.). Psychosoziales Krisenmanagement. Springer.*
- Rehmer, S. (in Veröffentlichung). *Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Fachmagazin StadtpunkteAKTUELL 01/2026 der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG).*
- Rehmer, S., Ohse K., Menzel, M. (2026). Gefährdungen von ehrenamtlich Tätigen in der Psychosozialen Akuthilfe: Mögliche Schutzmaßnahmen. *Zeitschrift Rettungsdienst*, Ausgabe 1/2026, S. 42-47. Stumpf + Kossendey Verlag.

- Dogan, H.; Huxholl, H.; Kix, J.; Prüße, M.; Rehmer, S. & Willingstorfer, B. (2025). DGUV Fachbereich AKTUELL: Betriebliche psychologische Erstbetreuung, Psychische Erste Hilfe & Co: WAS IST WAS?
- Juds, M.; Freudewald, A. & Rehmer, S. (2024). Psychosoziale Notfallversorgung: Ergebnisse zu Angeboten der Unfallversicherungsträger. DGUV-Forum, Ausgabe 9, S. 13-18.
- Rehmer, S.; Juds, M.; Freudewald, A.; Niewrzol, D. & Wagner, P. (2024). Erste Ergebnisse des Projektes zur Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. DGUV-Forum, Ausgabe 3, S. 11-18.
- Wagner, P.; Niewrzol D. & Rehmer, S. (2023). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. VDSLaktuell, Ausgabe 6, S. 6-9.
- Rehmer, S. (2023). „Psychische Gesundheitsgefährdungen bei betrieblichen Notfällen sind wie Arbeitsunfälle zu behandeln“ Interview für Report Psychologie Ausgabe 5/23, S. 14-17.
- Rehmer, S.; Gödicke, M.; Juds, M.; Wagner, P. & Niewrzol, D. (2022). Forschungsprojekt zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. DGUV-Forum, Ausgabe 7-8, S. 3-8.

3.5.4 Informationsbroschüren, Flyer, Multimedia

- Wagner, P. & Rehmer, S. (2024). Notfall auf der Arbeit oder im öffentlichen Raum? Schulwege-Unfall? Verkehrsunfall? Empfehlungen für Betroffene und Spontanhelfende. SRH Hochschule für Gesundheit.
- Gödicke, M & Rehmer, S. (2022). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen, Informationsbroschüre für Kriseninterventions- und Notfallseelsorgeteams. SRH Hochschule für Gesundheit.

3.5.5 Eingeladene Vorträge & Interviews

- 25.09.2025 *„Gefährdungen erkennen, Maßnahmen entwickeln: Sichere Schnittstellen in der psychosozialen Krisenintervention“ Vortrag bei der 23. Internationalen Kriseninterventionstagung 2026 in Innsbruck, Österreich – Sabine Rehmer*
- 25.09.2025 *„Vom Einsatz vor Ort bis zur weiteren Begleitung - was gelingt in der Praxis und wo entstehen Lücken? Psychosoziale Betreuung nach Notfällen in Unternehmen“ Vortrag bei der 23. Internationalen Kriseninterventionstagung 2026 in Innsbruck, Österreich – Maike Juds*
- 02/2026 Interview zu "Krisen und Gefahrenprävention in Unternehmen" für die Zeitschrift "Human Resources Manager" – Sabine Rehmer
- 06.11.2025 Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme". Vortrag beim 39. Internationaler A+A Kongress 2025 – Sabine Rehmer
- 06.11.2025 Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht betroffener Beschäftigter. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme". Vortrag beim 39. Internationaler A+A Kongress 2025 – Maike Juds

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

- 06.11.2025 Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht ehrenamtlicher PSNV-B-Teams. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme". Vortrag beim 39. Internationaler A+A Kongress 2025 – Albrecht Freudewald
- 26.09.2025 „Struktur schafft Handlung – Förderung der unternehmerischen Resilienz bei Notfällen“ Vortrag bei der 22. Internationalen Kriseninterventionstagung 2025 in Innsbruck, Österreich – Sabine Rehmer
- 26.09.2025 „Förderung der Resilienz bei Betroffenen in Unternehmen“ Vortrag bei der 22. Internationalen Kriseninterventionstagung 2025 in Innsbruck, Österreich – Maike Juds
- 26.09.2025 „Förderung der Resilienz bei PSNV-B Einsatzkräften: Empfinden bei Einsätzen in Unternehmen, Hindernisse und Ressourcen bei der Betreuung“ Vortrag bei der 22. Internationalen Kriseninterventionstagung 2025 in Innsbruck, Österreich – Albrecht Freudewald
- 01.04.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Workshop beim 7. Schnittstellentagung Prävention. IAG Dresden – Sabine Rehmer
- 15.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht der Unfallversicherungsträger.“ Vortrag bei der Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera. – Maike Juds
- 15.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht externer Anbietender.“ Vortrag bei der Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera. – Albrecht Freudewald
- 15.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht ehrenamtlicher PSNV-B-Teams.“ Vortrag bei der Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera. – Albrecht Freudewald
- 15.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht von Betrieben.“ Vortrag bei der Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera. – Petra Wagner
- 15.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vortrag bei der Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera. – Petra Wagner
- 05.03.2025 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vortrag beim 23. Dresdner Forum Prävention. Dresden – Sabine Rehmer
- 09.11.2024 "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen, Ergebnisse des Teilprojektes PSNV-B-Teams". 3. Oldenburger Symposium für Psychosoziale Notfallversorgung. – Sabine Rehmer
- 11.10.2024 Vorstellung der bisherigen Projektergebnisse bei der Facharbeitsgruppe der DGUV Trauma & Psyche und psychologischen Vertreter:innen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen – Sabine Rehmer & Maike Juds
- 27.09.2024 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vortrag bei der 21. Internationalen Kriseninterventionstagung 2024 in Innsbruck, Österreich – Sabine Rehmer
- 27.09.2024 „Notfall im Unternehmen, Was brauchen Beschäftigte im Ernstfall?“ Vortrag bei der 21. Internationalen Kriseninterventionstagung 2024 in Innsbruck, Österreich, Maike Juds & Albrecht Freudewald
- 30.08.2024 Interview zum Forschungsprojekt „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ für das BGHW-Mitgliedermagazin HUNDERT PROZENT. – Sabine Rehmer
- 15.08.2024 „Sicherheits- und gesundheitsbezogene Handlungsfelder für Psycholog:innen“ Onlinevortrag beim 4. Gesundheitsdenkertag der SRH Hochschulen – Sabine Rehmer

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

- 23.05.2024 „Arbeits- und Gesundheitsschutz als Kernaufgabe im Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ Plenarvortrag bei der Verleihung des Thüringer Arbeitsschutzpreises 2024, Orangerie Gotha – Sabine Rehmer
- 26.04.2024 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Onlinevortrag im Rahmen des Weltsicherheit- und Gesundheitsschutztages bei der Firma Bilfinger – Sabine Rehmer
- 14.03.2024 Vorstellung der bisherigen Projektergebnisse bei der Facharbeitsgruppe der DGUV Psyche & Trauma und psychologischen Vertreter:innen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen – Sabine Rehmer & Maike Juds
- 23.11.2023 „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vortrag bei der Fortbildungsveranstaltung von VDSI Thüringen und TLV „Aus Unfällen lernen“ – Sabine Rehmer
- 09.11.2023 "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen, Ergebnisse des Teilprojektes PSNV-B-Teams". Plenarvortrag beim 11. Symposium zur Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung des BBK, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Berlin. – Sabine Rehmer
- 26.10.2023 „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Vortrag beim 38. Internationaler A+A Kongress 2023, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Sabine Rehmer
- 26.10.2023 „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Vortrag beim 38. Internationaler A+A Kongress 2023, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Petra Wagner & Daniel Niewrzol
- 26.10.2023 „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Ergebnisse einer Vollerhebung. Vortrag beim 38. Internationaler A+A Kongress 2023, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Maike Juds
- 26.10.2023 „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Ergebnisse einer Langzeituntersuchung. Vortrag beim 38. Internationaler A+A Kongress 2023, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Albrecht Freudewald
- 15.09.2023 "Erste Ergebnisse im Forschungsprojekt Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" Plenarvortrag, Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie – Sabine Rehmer
- 14.09.2023 Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut? 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations-, und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Sabine Rehmer
- 14.09.2023 Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations-, und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Petra Wagner & Daniel Niewrzol
- 14.09.2023 Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut? Ergebnisse einer Langzeituntersuchung. 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations-, und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" – Albrecht Freudewald

- Mai 2023 „Psychische Gesundheitsgefährdungen bei betrieblichen Notfällen sind wie Arbeitsunfälle zu behandeln“ Interview für Report Psychologie Ausgabe 5/23. Mai 2023 – Sabine Rehmer
- 06.09.2022 „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Plenarvortrag. 22. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, Transfer von Sicherheit und Gesundheit. – Sabine Rehmer
- 06.09.2022 „Stigmatisierung und Wortwahl in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)“ Plenarvortrag. 22. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, Transfer von Sicherheit und Gesundheit. – Sabine Rehmer
- 01.06.2022 „Forschungsprojekt PSNV-U, Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vorstellung des Projektes bei den Facharbeitsgruppen der DGUV (Trauma & Psyche, Psyche & Trauma, Gewalt) und psychologischen Vertreter:innen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen – Sabine Rehmer & Maike Juds
- 24.05.2022 „Forschungsprojekt PSNV-U, Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Vorstellung der Projektes PSNV-U bei der Länderübergreifenden Facharbeitsgruppe PSNV (LüFAG PSNV) – Sabine Rehmer & Maria Gödicke
- 16.10.2021 „Stigmatisierung und Wortwahl in der Notfallpsychologie“ Plenarvortrag, Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie – Sabine Rehmer

3.5.6 Weiterbildungen

- Wagner, P. & Rehmer, S. (2024). Erfahrungsaustausch mit Notfallseelsorgeteams zu Einsätzen mit betrieblicher Indikation. 11 Durchführungen.
- Rehmer, S. (2024) ASU Webinar „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Onlineweiterbildung für Betriebsärzte und Betriebsärztinnen. 27.06.2024
- Wagner, P. & Rehmer, S. (2024). „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Onlineweiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notfallseelsorge & Kriseninterventionsteams. 11 Durchführungen.
- Wagner, P.; Niewrzol, D. & Rehmer, S. (2023). Online-Weiterbildung Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen für betriebliche Akteure. Online. 16.01, 30.1, 01.02, 18.04, 25.04, 26.04.2023
- Rehmer, S.; Juds, M.; Freudewald, A. (2023) „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ Onlineweiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notfallseelsorge & Kriseninterventionsteams (06.02., 15.03., 26.04., 14.06.2023)

3.5.7 Abstracts zu nationalen und internationalen wissenschaftlichen Tagungen

- Rehmer, S. (2026). „Gefährdungen erkennen, Maßnahmen entwickeln: Sichere Schnittstellen in der psychosozialen Krisenintervention“ 23. Internationale Kriseninterventionstagung, Schnittstellen- und Netzwerkarbeit in der Krisenintervention, 25. & 26.09.2026 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Juds, M. & Rehmer, S. (2026). „Vom Einsatz vor Ort bis zur weiteren Begleitung - was gelingt in der Praxis und wo entstehen Lücken? Psychosoziale Betreuung nach Notfällen in Unternehmen“ 23. Internationale Kriseninterventionstagung, Schnittstellen- und Netzwerkarbeit in der Krisenintervention, 25. & 26.09.2026 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich

- Niewrzol, D. & Rehmer, S. (2025c). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht externer Anbietender. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Freudewald, A., Wagner, P. & Rehmer, S. (2025c). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht ehrenamtlicher PSNV-B-Teams. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2025c). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht der Unfallversicherungsträger. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Wagner, P. Niewrzol, D., & Rehmer, S. (2025c) Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht von Betrieben. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Rehmer, S. (2025f). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, ein Überblick. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Rehmer, S. (2025e). Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 39. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Niewrzol, D. & Rehmer, S. (2025b). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht externer Anbietender. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Freudewald, A., Wagner, P. & Rehmer, S. (2025b). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht ehrenamtlicher PSNV-B-Teams. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2025b). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht der Unfallversicherungsträger. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Wagner, P. Niewrzol, D., & Rehmer, S. (2025b) Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht von Betrieben. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Rehmer, S. (2025d). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, ein Überblick. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Rehmer, S. (2025c). Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" 14. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Lüneburg.
- Niewrzol, D. & Rehmer, S. (2025a). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht externer Anbietender. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Freudewald, A., Wagner, P. & Rehmer, S. (2025a). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht ehrenamtlicher PSNV-B-Teams. Symposium "Psychosoziale

- Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2025a). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht der Unfallversicherungsträger. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Wagner, P. Niewrzol, D., & Rehmer, S. (2025a). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, aus Sicht von Betrieben. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Rehmer, S. (2025b). Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben, ein Überblick. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Rehmer, S. (2025a). Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme" Jahrestagung der BDP Fachgruppe Notfallpsychologie, Gera.
- Rehmer, S. (2025). „Struktur schafft Handlung – Förderung der unternehmerischen Resilienz bei Notfällen“ 22. Internationale Kriseninterventionstagung, Kriseninterventionen und Resilienz, 26. & 27.09.2025 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2025). „Förderung der Resilienz bei Betroffenen in Unternehmen“ 22. Internationale Kriseninterventionstagung, Kriseninterventionen und Resilienz, 26. & 27.09.2025 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Freudewald, A., Juds, M. & Rehmer, S. (2025). „Förderung der Resilienz bei PSNV-B Einsatzkräften: Empfinden bei Einsätzen in Unternehmen, Hindernisse und Ressourcen bei der Betreuung“ 22. Internationale Kriseninterventionstagung, Kriseninterventionen und Resilienz, 26. & 27.09.2025 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Rehmer, S. (2024). „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen“ 21. Internationale Kriseninterventionstagung, Kriseninterventionen mit vulnerablen Gruppen, 27. & 28. September 2024 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2024). „Notfall im Unternehmen, Was brauchen Beschäftigte im Ernstfall?“ 21. Internationale Kriseninterventionstagung, Kriseninterventionen mit vulnerablen Gruppen, 27. & 28. September 2024 Universität Innsbruck, in Innsbruck, Österreich
- Freudewald, A., Hoppe, S., Juds, M. & Rehmer, S. (2023b). Psychosoziale Folgen bei Notfällen im betrieblichen Kontext, Ergebnisse einer Langzeituntersuchung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen". 38. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2023b). Wie unterstützen die Unfallversicherungsträger Unternehmen bei der Psychosozialen Notfallversorgung?, Ergebnisse einer Vollerhebung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen ". 38. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Wagner, P., Niewrzol, D., Juds, M. & Rehmer, S. (2023b). Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen ". 38. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Rehmer, S. (2023d). „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen ". 38. Internationaler A+A Kongress - Düsseldorf.
- Rehmer, S. (2023c). Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen " 38. Internationaler A+A Kongress, Düsseldorf.

- Rehmer, S. (2023a). Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen " 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Kassel.
- Rehmer, S. (2023b) „Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?“ Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen" 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Kassel.
- Wagner, P., Niewrzol, D., Juds, M. & Rehmer, S. (2023a). Wie werden Beschäftigte in Unternehmen nach Notfällen psychosozial betreut?, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen " 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Kassel.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2023a). Wie unterstützen die Unfallversicherungsträger Unternehmen bei der Psychosozialen Notfallversorgung?, Ergebnisse einer Vollerhebung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen " 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Kassel.
- Freudewald, A., Hoppe, S., Juds, M. & Rehmer, S. (2023a). Psychosoziale Folgen bei Notfällen im betrieblichen Kontext, Ergebnisse einer Langzeituntersuchung. Symposium "Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen " 13. Fachgruppentagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie (AOWI), Kassel.

3.5.8 Projekt- und Masterarbeiten, Vertiefung einzelner Aspekte im Themengebiet

Böttcher Jenny (in Vorb.). Stigmatisierung durch Wortwahl in der Notfallpsychologie, Wie pathogene Begriffe die Weiterführende Betreuung von Krisen beeinflussen können. Masterarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Kristina Ohse (2023). Gefährdungsbeurteilung für die Tätigkeit ehrenamtlich Mitarbeitender im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B). SRH Hochschule für Gesundheit Gera.

Elvira Kusliy (2023). Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen, ein Literaturreview zum aktuellen Forschungsstand. Masterarbeit, SRH Hochschule für Gesundheit Gera.

Alexandra Erwig (2021). Die psychosoziale Weiterführende Betreuung der Arbeit ehrenamtlicher Mitarbeiter im PSNV(B)-Bereich. Masterarbeit, SRH Hochschule für Gesundheit Gera.

Alexandra Erwig (2020). Psychosoziale Notfallversorgung in Organisationen, Welche betrieblichen Faktoren unterstützen eine Organisation bei der Umsetzung einer psychosozialen Erstbetreuung und welche Faktoren hemmen eine Organisation bei der Einrichtung einer psychosozialen Erstbetreuung? Projektbericht im Modul 4.1 zu sicherheitsbezogenen Handlungsfeldern für Arbeits- und Organisationspsychologinnen. Betreuerin: Prof. Dr. Sabine Rehmer. SRH Hochschule für Gesundheit.

3.5.9 Dissertationen

Maike Juds (in Vorb.). Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen - Perspektive Sekundärbetreuung. Dissertation SRH University, Erstbetreuung: LMU München, Prof. Ehring
Petra Wagner (in Vorb.). Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen - Perspektive Unternehmen. Dissertation SRH University, Erstbetreuung: LMU München, Prof. Ehring
Albrecht Freudewald (in Vorb.). Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen - Perspektive ehrenamtliche PSNV-B-Teams. Dissertation SRH University, angefragte Erstbetreuung: Uni Rostock, Prof. Tucha
Daniel Niewrzol (in Vorb.). Psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen - Perspektive Familienunternehmen. Dissertation SRH University, Erstbetreuung: Uni Witten, Prof. Ostermann

3.5.10 Preise und Auszeichnungen

eingereicht

Bewerbung für den Forschungspreis der SRH University 2026

Kategorie: Praxis- und Transferorientierte Forschung

Bis zum 04.05.2026

Bewerbung für den Thüringer Forschungspreis 2026

Kategorie: Angewandte Forschung

SRH Forschungspreis 2023

Kategorie: Sonderpreis für herausragende Forschungsleistungen

Prof. Dr. Sabine Rehmer für die Forschungstätigkeit sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Rahmen des Forschungsprojekts „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen - Eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“

SRH Forschungspreis 2023

Kategorie: Studentische Forschungsarbeiten

Kristina Ohse (gemeinsam mit Betreuung Prof. Dr. Rehmer) für die Masterarbeit „Gefährdungsbeurteilung für die Tätigkeit ehrenamtlich Mitarbeitender im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B)“

4 Auflistung der für das Vorhaben relevanten Veröffentlichungen, Schutzrechtsanmeldungen und erteilten Schutzrechte von nicht am Vorhaben beteiligten Forschungsstellen

Zur Frage relevanter Veröffentlichungen außerhalb des Forschungsprojekts sind zwei Aspekte zu betrachten, zum einen die weitere Analyse internationaler wissenschaftlicher Literatur zur Erforschung der psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben und zum zweiten die Entwicklungen im Thema bei den deutschen Unfallversicherungsträgern. Die Ergebnisse zu beiden Aspekten werden nachfolgend separat dargestellt.

4.1 Internationale wissenschaftliche Literatur

Von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurde 2016 ein Systematisches Review vorgelegt, dass sich mit Traumatischen Belastungen im Arbeitskontext beschäftigt:

Schöllgen, I., Schulz, A., Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Traumatische Belastungen. Berlin.

Für die systematische Analyse der aktuellen Forschungslage zur Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben wurde mit der Methode des Living Reviews die Literaturrecherche des systematischen Reviews von Schöllgen & Schulz fortgeführt, das bis 2012 alle relevanten Studien sichtete (Schöllgen & Schulz, 2016). Für den vorliegenden Antrag wurden Studien bis zum Jahr 2024 einbezogen, um aktuelle Forschungstrends und Entwicklungen zu identifizieren.

Für das Literaturreview wurden Studien zur Psychosoziale Notfallversorgung nach arbeitsbezogenen Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung eingeschlossen. Berücksichtigt wurden qualitative, quantitative und gemischte Methoden, insbesondere Längsschnittuntersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionen. Studien zu traumatischen Ereignissen außerhalb des Arbeitskontexts oder ohne spezifische Maßnahmen wurden ausgeschlossen.

Die verfügbaren Daten aus internationalen Studien zur Psychosozialen Notfallversorgung im Arbeitskontext zeigen, dass es auch weiterhin insgesamt nur wenige Studien gibt, die den wissenschaftlichen Standards entsprechen und eine generalisierbare Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen bieten.

Laut Hinzmann, Schießl und Koll-Krüsmann (2019) wird Peer-Support in der Akutmedizin als effektiv zur Reduktion psychischer Belastungen betrachtet, jedoch fehlen generalisierbare Ergebnisse über verschiedene Branchen und Betriebsgrößen hinweg (Hinzmann et al., 2019). Ähnlich zeigt die erste globale Studie der ILO (2022), dass bestehende Versorgungssysteme bei Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz oft nicht ausreichen. Viele Betroffene melden ihre negative psychische Beanspruchung nicht, was die Wirksamkeit der Unterstützungssysteme stark einschränkt (ILO, 2022). Auth et al. (2022) zeigen, dass Maßnahmen wie Critical Incident Stress Debriefing (CISD) und Trauma Risk Management (TRiM) keine konsistent positive Wirksamkeit aufweisen und in einigen Fällen sogar als potenziell schädlich angesehen werden (Auth et al., 2022). Shick (2020) unterstützt die Wirksamkeit organisatorischer Unterstützung

zur Reduktion von PTSD-Symptomen und Verbesserung der Arbeitsleistung, hebt jedoch hervor, dass die Rolle authentischer Führung in diesem Zusammenhang limitiert sein könnte (Shick, 2020). Richins et al. (2020) bieten positive Belege für Peer-Support und spezifische Debriefing-Methoden, jedoch ist die Evaluierung vieler Interventionen unzureichend, um allgemeingültige Schlussfolgerungen zu ziehen (Richins et al., 2020). Maple et al. (2020) betonen den Nutzen von Frühinterventionen wie Employee Assistance Programs (EAPs), aber die Wirksamkeit von Ansätzen wie Critical Incident Stress Management (CISM) bleibt kontrovers und erfordert weitere Forschung und Bestätigung (Maple et al., 2020).

Auth, N., Booker, M., Wild, J., & Riley, R. (2022). *Mental health and help seeking among trauma-exposed emergency service staff: A qualitative evidence synthesis*. *BMJ Open*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047814>

Hinzmann, D., Schießl, A., Kroll-Krüsmann, M., Schneider, G., & Keitlow, J. (2019). *Peer support in acute medicine*. *Anästh Intensivmed*, 95-101. <https://doi.org/10.19224/ai2019.095>

International Labour Organization. (2022). *Experiences of violence and harassment at work: A global first survey*. ILO.

Maple, M., Wayland, S., Pearce, T., Bugeja, L., Lal, T., & Jamieson, N. (2020). *Reducing the impact of critical incidence and suicide on construction workers: A rapid review and qualitative study*. *BMJ Open*.

Richins, M., Gauntlett, L., Tehrani, N., Hesketh, I., Weston, D., Carter, H., & Amlôt, R. (2020). *Early post-trauma interventions in organizations: A scoping review*. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01176>

Shick, M. (2020). *Trauma-Exposed Employee Work Performance: Exploring the Relationships of PTSD Symptom Severity, Perceived Organizational Support, and Moderated by Authentic Leadership*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14991.61609>

Diskussion der methodischen Ansätze

Die methodischen Ansätze der Studien variieren von qualitativen Analysen und Scoping-Reviews bis hin zu umfassenden Literaturlauswertungen. Diese Vielfalt ermöglicht eine tiefgehende Einsicht in unterschiedliche Aspekte der Psychosoziale Notfallversorgung, wirft jedoch auch Fragen zur Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf. Die Studien zeigen die Bedeutung einer gründlichen methodischen Planung und der Berücksichtigung spezifischer Organisations- und Branchenbedingungen, um die Reliabilität und Validität der Forschungsergebnisse zu gewährleisten. Insgesamt unterstreichen diese Forschungsarbeiten die Notwendigkeit, psychosoziale Interventionen und Unterstützungsmechanismen in Organisationen systematisch zu evaluieren und weiterzuentwickeln, um die psychische Gesundheit und Arbeitsleistung in verschiedenen beruflichen Kontexten effektiv zu fördern.

4.2 Entwicklungen im Thema bei den deutschen Unfallversicherungsträgern

Mit dem Thema Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben beschäftigen sich nicht nur die einzelnen Unfallversicherungsträger, sondern auch übergeordnete Arbeitsgruppen, wie bspw. für die Prävention die AG Psyche und Trauma und für die Rehabilitation die AG Trauma und Psyche. Die themenrelevanten Veröffentlichungen werden nachfolgend dargestellt.

Die Wirksamkeit der Qualifizierung von Fachkräften zur Psychosoziale Notfallversorgung wird in der Fachwelt zunehmend kritisch beleuchtet. Laut Dogan und Ernst (2023) fehlen in vielen Betrieben spezifische Schulungsprogramme für den Umgang mit Gewalt- und Notfallsituationen. Obwohl Schulungen zur Deeskalation und psychologischen Erstversorgung als essenziell

gelten, zeigen aktuelle Studien, dass viele Beschäftigte nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um angemessen auf solche Notfälle zu reagieren. Die Autoren betonen die Notwendigkeit gezielter Qualifizierungsprogramme, um die Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu steigern (Dogan & Ernst, 2023). In der DGUV Kompakt (2022) wird auf die Wichtigkeit einer schnellen psychologischen Unterstützung nach traumatischen Ereignissen hingewiesen. Mit dem Psychotherapeutenverfahren bietet die DGUV ein effektives und schnelles Verfahren an, das den betroffenen Beschäftigten hilft, psychische Belastungen rasch zu bewältigen und eine Chronifizierung zu verhindern.

Zusätzlich belegt der Artikel von Vaupel (2023), dass sexuelle Belästigung und Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen weit verbreitet sind und eine signifikante psychische Belastung für betroffene Beschäftigte darstellen. Die Studienergebnisse zeigen, dass die betriebliche Prävention oft nicht ausreicht, um die psychischen Folgen solcher Notfälle zu minimieren. Die geringe Wirksamkeit der bestehenden Präventionsmaßnahmen wird durch das Fehlen spezifischer Schulungen und klarer Leitlinien in vielen Betrieben verstärkt. Die Einführung von gezielten Programmen zur Prävention und Weiterführende Betreuung könnte die psychische Gesundheit der Beschäftigten erheblich verbessern (Vaupel, 2023). Zusätzlich betonen Huxholl und Pangert (2023), dass Gewaltprävention ein zentrales Thema im Arbeitsschutz bleibt. Sie unterstreichen, dass eine systematische Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz sowie regelmäßige Schulungen für Beschäftigte und Führungskräfte notwendig sind, um auf GewaltNotfälle angemessen zu reagieren und diese zu verhindern.

Ergänzend dazu zeigen aktuelle Analysen von Hoell et al. (2023), dass die Berufsgruppe der Rettungssanitäter und -sanitäterinnen eine überdurchschnittlich hohe 12-Monats-Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) aufweist, nämlich 20 % im Vergleich zu 3 % in der Allgemeinbevölkerung. Besonders auffällig ist, dass kumulative Traumatisierungen, die sich aus der wiederholten Konfrontation mit belastenden Ereignissen ergeben, zu einer höheren PTBS-Rate führen als einmalige Notfälle.

Huxholl hebt zusätzlich hervor, dass Notfälle, insbesondere solche, die mit Gewalteinwirkung verbunden sind, häufig zu langfristigen psychischen Störungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen können. (DGUV, 2024)

Ein weiterer zentraler Aspekt im Zusammenhang ist die Dokumentation von Notfällen. Huxholl und Hartkamp (2024) unterstreichen die Bedeutung einer schnellen und umfassenden Meldung von traumatischen Ereignissen an die Unfallversicherungsträger, um rechtzeitig Unterstützungsmaßnahmen anbieten zu können. Hoell et al. (2023) verdeutlichen in ihrem Artikel, dass eine präzise Dokumentation besonders entscheidend ist, wenn es um die Anerkennung von psychischen Erkrankungen, wie der posttraumatischen Belastungsstörung, als Berufskrankheit geht. Da die Anerkennung einer Berufskrankheit in der Regel auf der nachgewiesenen Exposition gegenüber Notfällen basiert, ist eine lückenlose Dokumentation unerlässlich. Ohne eine genaue Erfassung der Notfälle wird es für betroffene Beschäftigte schwierig, die notwendige Unterstützung und Anerkennung von Leistungen zu erhalten.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2022). Schnelle Hilfe nach einem Trauma. DGUV Kompakt, 3/2022.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2024). Unterstützung nach traumatischen Ereignissen. DGUV Pressemitteilung. https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2024/quartal_4/details_4_637699.jsp

Dogan, N. H., & Ernst, C. (2023). Gewalt bei der Arbeit, Ursachen, Folgen und Präventionsmaßnahmen. DGUV Fachbereich Aktuell.

- Dreßing, H., Spellbrink, W., & Hoell, A. (2023). *PTBS bei RettungssanitäterInnen: Eine „Wie-Berufskrankheit“*. *Der Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01539-8>
- Hoell, A., Kourmpeli, E., & Dreßing, H. (2023). *Work-related posttraumatic stress disorder in paramedics in comparison to data from the general population of working age: A systematic review and meta-analysis*. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1151248. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1151248>
- Huxholl, H., & Hartkamp, R. (2024). *Traumatische Ereignisse bei der Arbeit: Meldung und Intervention*. *DGUV Forum*, 9.
- Huxholl, H., & Pangert, C. (2023). *Die Ausnahme darf nicht zur Regel werden, Prävention von Gewalt bei der Arbeit*. *DGUV Forum*, 3.
- Vaupel, C. (2023). *Sexuelle Belästigung und Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen*. *DGUV Forum*, 3.

4.2.1 Grenzen der Entwicklung

Artikel wie die von Dogan und Ernst (2023), Vaupel (2023), Huxholl und Pangert (2023) sowie Hoell et al. (2023) fokussieren sich auf spezifische Settings, Branchen und Notfallszenarien, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Arbeitskontexte erschwert. Qualitative Analysen liefern wertvolle Einblicke in die Herausforderungen, doch fehlt es oft an umfassender empirischer Evidenz, die eine Generalisierung der Ergebnisse zulässt. Unterschiede in den organisatorischen Strukturen, wie sie auch Huxholl und Hartkamp (2024) beschrieben haben, erschweren beispielsweise den Vergleich zwischen großen und kleinen Betrieben und machen eine pauschale Übertragung von Handlungsempfehlungen schwierig. Eine bedeutende Entwicklung im rechtlichen Bereich ist die Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörung als „Wie-Berufskrankheit“ im Fall Uwe T. durch das Bundessozialgericht (Dreßing et al., 2023). Hierbei wird jedoch erneut betont, dass ohne eine konsistente und umfassende Dokumentation der Exposition die Anerkennung solcher Erkrankungen erschwert bleibt.

5 Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich des Forschungszwecks/-ziels, Schlussfolgerungen

Das Ziel des Forschungsvorhabens war eine *deutschlandweite Bestandsaufnahme zu den Umsetzungen der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben*. Dies beinhalteten die Erfassung und Beschreibung der empirisch vorgefundenen betrieblichen Umsetzungen. Zudem wurden betriebliche Faktoren und Maßnahmen, die eine psychosoziale Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ beeinflussen, eruiert. Zur Erarbeitung der Ziele wurde ein *multiperspektivisches Vorgehen* bei der Bestandsaufnahme gewählt. Fokussiert wurden verschiedene Zielgruppen, welche an der Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben beteiligt sind. Nachstehend werden zu den Teilprojekten die durchgeführten Untersuchungen, die Fragestellungen und Ergebnisse sowie die Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung darstellt.

5.1 Zielgruppe Betriebe

Im Teilprojekt 1 erfolgte zunächst als Screening eine Onlinefragebogen mit 36 geschlossenen und offenen Fragen von 2 388 Betrieben. Die avisierte Stichprobengröße (2 697), repräsentativ für UVT-Zugehörigkeit und Betriebsgröße, konnte durchschnittlich zu 80 % erreicht werden. Damit ist Generalisierbarkeit der Ergebnisse für einige Teilgruppen uneingeschränkt und für andere mit einer höheren Irrtumswahrscheinlichkeit möglich. Als Intensivstudie erfolgte eine Onlinebefragung von 207 betroffenen Beschäftigten mit 48 geschlossenen und offenen Fragen.

5.1.1 Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse

1. Wie werden Beschäftigte in Betrieben in Deutschland nach plötzlich auftretenden Extremsituationen psychosozial betreut?

Aus Sicht der Unternehmen:

- In Unternehmen treten viele verschiedene Notfälle auf, für die teilweise präventive Maßnahmen der Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ergriffen werden, Ausbaupotenziale bestehen vor allem bei organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen sowie beim Dokumentations- und Meldeverhalten.
- Zudem ist das Dokumentations- und Meldeverhalten für psychische Gesundheitsgefährdungen, im Vergleich zu körperlichen Schädigungen, deutlich geringer und nimmt zusätzlich mit dem Grad der Betroffenheit weiter ab.

Aus Sicht betroffener Beschäftigter:

- Von Notfällen betroffene Beschäftigte berichten in ihren Betrieben einen Mangel an spezifischer Notfallvorbereitung, eingeschränkte Dokumentation und unzureichende Unterstützung.
- Besonders Frauen waren schlechter auf Notfälle vorbereitet und berichteten vermehrt von fehlender Betreuung und negativen Reaktionen, wie ignoriert werden oder Schuldvorwürfen.

2. Welche internen und externen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen beeinflussen eine psychosoziale Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ?

Aus Sicht der Unternehmen:

- Hinderlich bei der Umsetzung psychosozialer Betreuung in Betrieben waren vor allem fehlende Informationen, Ressourcen und die Priorisierung anderer Themen, wobei knapp die Hälfte der Befragten angab, dass das Thema betriebsintern noch nicht präsent war; förderlich hingegen war die Unterstützung durch externe Dienstleister und Informationsmaterialien der Unfallversicherungsträger.

Aus Sicht betroffener Beschäftigter:

- Positive Faktoren sind bspw. Qualifikation, Schulung und klare Zuständigkeiten im Notfallmanagement, wobei betriebliche Erstbetreuende eine wichtige Rolle spielen, während mangelnde Vorbereitung, Kommunikationsdefizite und strukturelle Schwächen negative Auswirkungen haben, besonders bei Frauen.
- Externe Unterstützung durch Kriseninterventionsteams, medizinische Fachkräfte und die Weiterführende Betreuung durch Unfallversicherungsträger ergänzen die betriebsinternen Maßnahmen, wobei externe Unterstützung jedoch nicht immer optimal genutzt wird.

5.1.2 Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung

Mit dem Fokus auf die Zielgruppe der Betriebe zeigen die Ergebnisse, dass die Psychosoziale Notfallversorgung in vielen Unternehmen noch unzureichend etabliert ist, insbesondere im Hinblick auf präventive Maßnahmen, die Dokumentation psychischer Gesundheitsgefährdungen und die Akut- bzw. weiterführende Betreuung. Es zeigt sich ein deutlicher Bedarf an besserer Schulung, klaren Zuständigkeiten und der Integration von betrieblich psychologischen Erstbetreuenden, um die Qualität der psychosozialen Betreuung nach Notfällen zu verbessern.

Für die Unfallversicherungsträger bedeutet dies, dass die Unterstützung der Betriebe durch Informationsmaterialien, Schulungen und externe Dienstleistungen verstärkt werden sollte. Zudem sollten Anstrengungen unternommen werden, um das Bewusstsein für die Relevanz der Psychosoziale Notfallversorgung in den Betrieben (weiter) zu erhöhen. Auch die Verbesserung der statistischen Erfassung von psychischen Gesundheitsgefährdungen und die Optimierung der Nutzung externer Anbietender sind zentrale Ansatzpunkte.

Zusätzlich unterstützten wir die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger durch zahlreiche Weiterbildungen und Vorträge bei verschiedenen betrieblichen Akteuren zur Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben. Alle dafür erstellten Materialien und Videos sind frei auf unserer Projektwebsite bei der SRH Hochschule für Gesundheit gelistet, bereitgestellt und downloadbar.

5.2 Zielgruppe Unfallversicherungsträger

Im Teilprojekt 2 erfolgten als Screening eine Dokumentenanalyse und als Intensivstudie Interviews. Geplant war eine Vollerhebung, die alle 34 Unfallversicherungsträger umfasste. Aufgrund von Zusammenschlüssen wurden die tatsächlichen 31 Unfallversicherungsträger

berücksichtigt. Die Dokumentenanalyse konnten für alle Unfallversicherungsträger durchgeführt werden. An den Interviews, gemäß Leitfaden mit 41 Fragen, beteiligten sich 74 % der Unfallversicherungsträger (23 von 31).

5.2.1 Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse

3. Welche Hilfestellungen bzw. Unterstützungen bieten Unfallversicherungsträger im Bereich PSNV für ihre Mitgliedsbetriebe an?

- Viele Unfallversicherungsträger bieten umfangreiche Unterstützung an, um die Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben zu verbessern, bspw. durch die Bereitstellung von Dokumenten und Broschüren, Empfehlung spezifischer technischer, organisatorischer und personenbezogener Präventionsmaßnahmen, Unterstützung in der Akuthilfe durch Sorgentelefone oder Hotlines, externe Anbietende innen und Anbietende sowie Psychologinnen und Psychologen vor Ort, Sicherstellung, dass alles Erforderliche in der Rehabilitation und Wiedereingliederung getan wird, um Betroffene nach einem Notfall optimal zu unterstützen.
- Die Förderung der Ausbildung zu betrieblich psychologischen Erstbetreuenden wird von der Mehrheit der Unfallversicherungsträger durch finanzielle Entlastung und kostenfreie Seminare unterstützt, doch Rollenkonflikte und unterschiedliche Ausbildungsmodelle stellen Herausforderungen dar. Verbessert werden kann die statistische Erfassung von potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen.

4. Welche Ideen und Pläne haben die Unfallversicherungsträger wie Betriebe zukünftig bei der psychosozialen Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext unterstützt werden können?

- Mit dem Ziel die psychosoziale Betreuung in Unternehmen weiter zu verbessern, wurden verschiedene zukünftige Unterstützungsideen geäußert, wie bspw. Angebote zusätzlicher Schulungen, um das Wissen und die Kompetenzen in den Unternehmen zu erweitern, die Weiterentwicklung von Onlinemodulen und Seminarangeboten, um eine flexible und zugängliche Weiterbildung zu ermöglichen und Auffrischkurse und Plattformen für den Erfahrungsaustausch unter den betrieblich psychologischen Erstbetreuenden.

5.2.2 Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung

Die Ergebnisse der Unfallversicherungsträger im Hinblick auf die Unterstützung der Mitgliedsbetriebe bei der psychosozialen Notfallversorgung zeigen, dass diese bereits umfassende Hilfestellungen bieten, wie Informationsmaterialien, Akuthilfe durch Hotlines sowie Unterstützung bei der Rehabilitation und Wiedereingliederung. Die Förderung der Ausbildung betrieblicher Erstbetreuender durch finanzielle Entlastung und kostenlose Seminare ist ebenfalls ein wichtiger Beitrag der UVT. Allerdings stellen Rollenkonflikte und unterschiedliche Ausbildungsmodelle Herausforderungen dar, und die statistische Erfassung psychischer Gesundheitsgefährdungen könnte verbessert werden.

Zukünftig planen die Unfallversicherungsträger, die psychosoziale Betreuung in Betrieben durch zusätzliche Schulungen, flexiblere Weiterbildungsangebote (wie Onlinemodule und

Seminare) sowie Plattformen für den Austausch von betrieblich psychologischen Erstbetreuenden weiter zu stärken. Diese Maßnahmen sind entscheidend, um Betriebe langfristig besser auf Notfälle vorzubereiten und die psychosoziale Betreuung kontinuierlich zu verbessern.

Zusätzlich unterstützt haben wir die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger durch die jeweils zeitnahe Weitergabe der Ergebnisse und die Vorstellung dieser in verschiedenen Arbeitsgruppen der DGUV. Beispielsweise wurde eine Übersicht über alle in der Dokumentenanalyse identifizierten 118 Dokumente direkt an die Verantwortlichen bei der DGUV übergeben. Zudem erhielten alle Unfallversicherungsträger, die sich an den Interviews beteiligten, eine individuelle Rückmeldung zu ihren Angeboten und zu Verbesserungspotentialen gemäß den Empfehlungen der DGUV. Weiterhin wurde zu allen Projektabschnitten die Ergebnisse in der DGUV Forum veröffentlicht.

5.3 Zielgruppe ehrenamtliche PSNV-Teams

Im Teilprojekt 3 erfolgten als Screening die Erhebung der Einsatzquote über die PSNV Landeskoordinatoren und -koordinatorinnen der Bundesländer & die Sekundärdatenanalyse einer Wirksamkeitsanalyse von 163 PSNV-B Einsätzen mit insgesamt 203 Betroffenen/Fälle (aus einem Projekt der LMU und des KIT-München). In diesem Forschungsprojekt erfolgte eine Einsatzkräfte- und Betroffenenbefragung mit drei Messzeitpunkten. Für unser Forschungsprojekte konnten wir die Daten nachträglich in Einsätze mit betrieblicher mit privater Indikation kategorisieren und auswerten. In der Intensivstudie wurden die Einsätze von elf PSNV-B-Teams über sechs Monate erhoben. Abschließend wurden mit den Teams Erfahrungsaustausche durchgeführt.

5.3.1 Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse

5. Wie häufig haben die Einsätze ehrenamtlicher PSNV-B-Teams einen betrieblichen Anlass?

- Im Sekundärdatensatz haben 15 % aller von ehrenamtlichen PSNV-B-Teams betreuen Ereignisse eine betriebliche Indikation.
- In der Intensivstudie haben über die elf Teams hinweg ebenso im Mittel 15 % (Range 13,1 - 19,0 %) aller von ehrenamtlichen PSNV-B-Teams betreuen Ereignisse eine betriebliche Indikation.

6. Wie erleben PSNV-B Einsatzkräfte die Einsätze im betrieblichen Bereich?

- Die PSNV-B Einsatzkräfte berichten deutliche Unterschiede zwischen Einsätzen mit und ohne betriebliche Indikation. In Unternehmen sind die Einsätze komplexer, unübersichtlicher und erfordern mehr Personal, da mehrere Betroffenengruppen betreut und Hierarchien beachtet werden müssen. Rückzugsräume fehlen oft, und Führungskräfte benötigen zusätzliche Beratung, was den Einsatz für die Einsatzkräfte anstrengender macht. In Schulen sind Einsätze ähnlich komplex, mit zusätzlichem Betreuungsbedarf für Eltern und größerem Medieninteresse. Bei Wegeunfällen erschweren öffentlicher Raum, Zeugen und aggressive Medien die Betreuung.
- In der Akutphase sind zusätzliche Kompetenzen, wie der Umgang mit betrieblichen Strukturen und das Koordinieren mehrerer Gruppen, erforderlich. Sprachbarrieren, fehlende Akzeptanz des Angebots und unklare Zuständigkeiten können die Arbeit der PSNV-Kräfte erschweren. In der Nachbetreuung geht es um Vernetzung und die Weiterleitung zu Hilfsangeboten, wobei fehlende Qualifikationen in Spezialbereichen wie Sterbebegleitung die Einsatzkräfte an ihre Grenzen bringen.

- Die PSNV-B Einsatzkräfte empfehlen für ihre zukünftige Qualifizierungen und Weiterbildungen eine verstärkte Schulung zum Umgang mit Arbeitsunfällen, insbesondere zu Ansprechpartnern, Dokumentation und Weiterversorgung. Außerdem sollte die Betreuung in Betrieben besser auf Gruppen und unterschiedliche Betreuungsbedarfe vorbereitet werden. Sie betonen die Wichtigkeit von Teamarbeit bei Einsätzen und einer umfassenden Selbstfürsorge-Schulung.

7. Wie könnten Betriebe bei der psychosozialen Betreuung nach Notfällen unterstützt werden?

- Zur Unterstützung der PSNV in Betrieben schlagen sie vor, Mitarbeitende zu sensibilisieren, Arbeitsunfälle auch als psychische Gesundheitsgefährdungen anzuerkennen. Zudem regen sie verpflichtende Schulungen für psychosoziale Erstbetreuung in Betrieben an, regelmäßige Informationen zur Psychohygiene und die Bekanntmachung von Kriseninterventionsteams im Unternehmen (wenn keine internen vorhanden sind). Schließlich fordern sie, dass Unfallversicherungsträger stärker überprüfen, ob Betriebe auf Notfälle vorbereitet sind.

Extraergebnisse aus der Sekundärdatenanalyse:

- Die von PSNV-B Einsatzkräften betreuten Personen im Betriebskontext zeigen initial weniger starke Emotionen (Einschätzung Einsatzkräfte). Jedoch zeigen bis zu 50,0 % der betreuten Personen sechs Monate nach dem Ereignis trotzdem klinisch relevante Symptome. Beispielweise gaben 37,5 % leichte und 12,5 % mittelstarke depressive Symptome an (Befragung Betroffene).

5.3.2 Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung

Die Ergebnisse für die ehrenamtlichen PSNV-B-Teams zeigen, dass jeder 5. – 6. Einsatz eine betriebliche Indikation hat, d. h. viele Beschäftigte in Deutschland werden bei Notfällen von Ehrenamtsteams betreut. Für die Einsatzkräfte erfordert der Einsatz jedoch einen höheren Betreuungsaufwand und mehr Einsatzkräfte, was die besondere Komplexität solcher Einsätze verdeutlicht. *Kritisch angemerkt* werden soll an dieser Stelle noch einmal explizit, dass eine Nutzung der ehrenamtlichen Notfallseelsorge nur in Verbindung mit einer vertraglichen Regelung seitens der Unternehmen empfohlen werden sollte, um das Ausnutzen ehrenamtlicher PSNV-B Strukturen zu vermeiden. PSNV-B-Teams wurden für die Bevölkerung konzipiert. Wenn PSNV-B Einsatzkräfte im betrieblichen Bereich zum Einsatz kommen, sollte eine Schulung auf betriebliche Einsatzkontexte, Akteure und Gruppeninterventionen verstärkt werden, um diese spezifischen Anforderungen besser zu bewältigen.

Für die Unfallversicherungsträger zeigen die Ergebnisse der Betroffenenbefragung aus dem Sekundärdatensatz wie wichtig die Weiterführende Betreuung ist, da bis zu 50 % der betroffenen Beschäftigten sechs Monate nach dem Notfall klinisch relevante Symptome, wie depressive Verstimmungen, entwickeln. Die Unfallversicherungsträger könnten hier durch gezielte Weiterführende Betreuungsangebote und weiterführende psychosoziale Unterstützung sicherstellen, so dass die Langzeitfolgen besser bewältigt werden.

Zusätzlich unterstützten wir die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger durch zahlreiche Weiterbildungen und Vorträge zur Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben für PSNV-B Akteure. Im Projekt entstanden in diesem Teilprojekt auch zwei Informationsflyer, eine Informationsbroschüre für Kriseninterventions- und Notfallseelsorgeteams was sie bei der

Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben beachten sollten und eine Empfehlung für Betroffene betrieblicher Notfälle und Spontanhelfende welche die PSNV-B Einsatzkräfte den Betroffenen aushändigen können.

5.4 Zielgruppe externen Anbietende

Im Teilprojekt 4 erfolgte zunächst als Screening eine Onlinerecherche externer Anbietender zu Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben. In der Intensivstudie wurden schriftliche Onlineinterviews mit 40 externen Anbietenden durchgeführt.

5.4.1 Untersuchte Forschungsfragen und Ergebnisse

8. Wie unterstützen externe Anbietende Betriebe in Deutschland bei der psychosozialen Betreuung der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen?
 - Externe Anbietende unterscheiden sich in Größe und Betriebsform (z. B. Einzelunternehmen vs. Konzern) sowie in der Breite und dem Systematisierungsgrad ihrer Angebote. Die Zahl der Anbietenden ist überschaubar, aber ansteigend.
 - Angeboten werden Maßnahmen in der Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention.
 - Die am meisten nachgefragten Angebote sind Akutbetreuung / Sekundärpräventionen, Nachbetreuungen / Weiterführende Betreuung, Beratung & Coaching sowie die Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer (bpE).
 - Bezüglich der Qualifizierung und Weiterbildung der Anbietenden sowie der Standards auf denen Angebote basieren, fehlen einheitliche Qualitätskriterien.
9. Welche internen und externen Faktoren hemmen oder fördern die Unterstützung der Betriebe durch externe Anbietende bei der psychosozialen Betreuung der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen?
 - Hemmende Faktoren sind organisatorische und strukturelle Mängel in den Betrieben, unklare Finanzierung und mangelnde Wertschätzung, fehlendes Wissen sowie Systemprobleme seitens der Unfallversicherungsträger.
 - Optimierungspotenzial liegt insbesondere auf der System- und Organisationsebene, der Entwicklung von Standards und der Zusammenarbeit zwischen Betrieben und externen Anbietenden.
 - Förderliche Faktoren für die Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben durch externe Anbietende umfassen hauptsächlich die Vernetzung und persönlichen Kontakte der Anbietenden sowie die Unterstützung durch Betriebe, Offenheit der Führungskräfte und das Wissen über PSNV-Angebote.

5.4.2 Relevanz der Ergebnisse für die gesetzliche Unfallversicherung

Die Ergebnisse zur Unterstützung der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben durch externe Anbietende haben für die Unfallversicherungsträger eine hohe Relevanz, da sie zeigen, wie externe Anbietende zur Verbesserung der psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben beitragen können und welche Herausforderungen dabei bestehen.

Externe Anbietende profitieren von der Vernetzung und persönlichen Kontakten sowie der Offenheit und Unterstützung durch Führungskräfte und Betriebe. Dies zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen UV-Trägern, Betrieben und externen Dienstleistern gefördert werden sollte, um die PSNV in Betrieben zu verbessern. Organisatorische Mängel, unklare Finanzierungen und fehlende Wertschätzung in den Betrieben, sowie Systemprobleme auf Seiten der Unfallversicherungsträger behindern die effektive Unterstützung. Dies weist auf Optimierungsmöglichkeiten in den Strukturen und Standards hin, die Unfallversicherungsträger entwickeln und unterstützen sollten, um die Effizienz und Qualität der externen PSNV-Angebote zu steigern.

Zudem zeigen die Ergebnisse den Mangel an einheitlichen Qualitätskriterien für die Ausbildung und Standards der externen Anbietenden. Hier könnte die Unfallversicherungsträger eine Rolle in der Definition und Durchsetzung von Mindeststandards spielen können, um eine gleichbleibend hohe Qualität der PSNV-Angebote in Betrieben sicherzustellen.

Zusätzlich unterstützten wir die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger durch zahlreiche Weiterbildungen und Vorträge bei externen Anbietenden der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben. Alle dafür erstellten Materialien und Videos sind frei auf unserer Projektwebsite bei der SRH Hochschule für Gesundheit gelistet, bereitgestellt und downloadbar.

Die zuvor dargestellten Ergebnisse der vier Teilprojekte ermöglichen eine umfassende Einschätzung der betrieblichen Umsetzung psychosozialer Notfallversorgung in Deutschland. Um diese Befunde systematisch im Kontext des betrieblichen Präventionsmodells einzuordnen, erfolgt im Folgenden eine quantitative Bewertung der Maßnahmenumsetzung entlang der drei Arbeitsschutzebenen (Technik, Organisation, Person) und der fünf Präventionsphasen. Die Modellbewertung dient der strukturierten Gegenüberstellung empirisch vorgefundener Maßnahmen mit den theoretischen Modellinhalten. Damit wird sichtbar, in welchen Phasen und auf welchen Ebenen Betriebe bereits adäquat aufgestellt sind und wo wesentliche Defizite bestehen.

6 Modellbasierte Bewertung der Präventionsphasen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Präventionsphase systematisch am Modell gespiegelt. Grundlage der Bewertung ist eine sechsstufige Notenskala mit gleich breiten Intervallen. Für jede Maßnahme wird der Anteil der Betriebe mit Umsetzung als arithmetisches Mittel berechnet, angegeben mit zwei Dezimalstellen. N bezeichnet die jeweilige Grundgesamtheit der auswertbaren Betriebe mit gültiger Antwort. Modellinhalte, die im Datensatz für die Präventionsphase nicht berichtet werden, gelten als nicht umgesetzt und werden mit 0,00 % einbezogen. Der Ebenenwert entspricht dem arithmetischen Mittel der Modellmaßnahmen innerhalb der Ebene. Die Notenzuordnung folgt dem Schulnotensystem. Note 1 entspricht dabei 96 bis 100 %. Note 2 umfasst 80 bis 95 %. Note 3 umfasst 60 bis 79 %. Note 4 umfasst 45 bis 59 %. Note 5 umfasst 16 bis 44 %. Note 6 gilt unterhalb von 15 %. Die Farbcodierung bildet diese sechs Stufen ab und verläuft von rot für sehr geringe Abdeckung bis grün für sehr hohe Abdeckung. Maßnahmen die komplett fehlen sind in **rot** markiert. Wenn Maßnahmen vom Akteur nicht umgesetzt werden können, weil die Verantwortlichkeit bei einem Dritten liegt, so sind diese in **grau** markiert.

6.1 Teilprojekt 1: Sichtweise der Unternehmen

6.1.1 Prävention

Präventions- phase	Prävention (Primärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	Gefahren am Entstehungsort beseitigen / Risiko verringern		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen▪ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen▪ Räumliche Trennung z. B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen	<div>Maßnahmen</div> <ul style="list-style-type: none">▪ Einrichtung & Kennzeichnung von Notausgängen 72,39 %▪ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen 48,60 %▪ Räumliche Trennung 51,64 % <div>Gesamtmittel: 57,54 %</div>	4

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen

Ziele	einen Notfall im Unternehmen verhindern, das Unternehmen auf einen möglichen Notfall vorbereiten			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Alleinarbeit ▪ Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche ▪ Schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentraler Stelle ▪ Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen ▪ Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall ▪ Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer:innen ▪ Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Alleinarbeit 52,03 % ▪ Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche 48,10 % ▪ Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten & Meldewegen 34,24 % ▪ Informationsweitergabe/Aushänge zum Notfallplan 16,99 % ▪ Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung bei/nach Notfällen 27,29 % ▪ Klarheit über Ressourcen/Zuständigkeiten PSNV 27,40 % ▪ Ausbildung von betrieblich-psychologischen Erstbetreuenden 14,04 % ▪ Abstimmung mit UV-Träger zur Umsetzung eines PSNV-Konzepts 11,93 % ▪ Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung 37,50 % ▪ Führungskräfteschulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen 25,52 % 	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

	<p>psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung ▪ Führungskräfte-schulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen ▪ Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen ▪ Aufnahme möglicher psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse Zusammenhänge Arbeitsunfälle/belastende Ereignisse 31,35 % ▪ Aufnahme möglicher psychischer Gefährdungen bei Notfällen in Arbeitsplatzbeschreibung 20,14 % 	
			Gesamtmittel: 28,88 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>Alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereiten</p> <p>traumatische Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindern bzw.Folgen gering halten</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung aller Akteure ▪ Qualifizierung sichern/ Führungskräftebildungen ▪ Unterweisungen nach § 9 ArbSchG ▪ Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept ▪ Unterweisung zum Verhalten & zur Weiterführende Betreuung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterweisung zum PSNV-Konzept/Verhalten & Weiterführende Betreuung in kritischen Situationen 16,30 % ▪ Führungskräfteschulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen 25,52 % ▪ Überprüfung/Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften 56,66 % 	5
			Gesamtmittel: 19,13 %	

Die Präventionsphase weist insgesamt deutliche Umsetzungsdefizite auf. Der Gesamtmittelwert über alle drei Arbeitsschutzebenen beträgt 35,18 % und entspricht der Note 5. Damit liegt die betriebliche Prävention deutlich unter den Anforderungen des Modells.

6.1.1.1 Technische Ebene

Die Umsetzung technischer Maßnahmen ist moderat. Der Mittelwert beträgt 57,54 % und entspricht der Note 4. Am häufigsten werden Notausgänge eingerichtet und gekennzeichnet (72,39 %). Eine räumliche Trennung etwa durch Schutzwände oder Raumgestaltung liegt in 51,64 % der Betriebe vor. Das Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen erreicht 48,60 %.

6.1.1.2 Organisationale Ebene

Strukturbildende und organisatorische Elemente sind schwach ausgeprägt. Der Mittelwert über alle organisationalen Modellmaßnahmen beträgt 28,88 % und entspricht der Note 5. Die Vermeidung von Alleinarbeit wird in 52,03 % berichtet, Zutrittsbeschränkungen in 48,10 %. Vorgeplante Maßnahmen zur Wiedereingliederung erreichen 37,50 %, eine schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten und Meldewege 34,24 %. Analysen zu Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen werden in 31,35 % berichtet. Ein betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung liegt in 27,29 % der Betriebe vor, Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten in 27,40 %. Psychische Gefährdungen bei Notfällen werden nur in 20,14 % der Arbeitsplatzbeschreibungen aufgenommen. Sichtbare Aushänge zum Notfallplan finden sich in 16,99 %, die Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger wird lediglich in 11,93 % berichtet. Die Führungskräftebildung erreicht 25,52 %, die Ausbildung betrieblich-psychologischer Erstbetreuender 14,04 %.

6.1.1.3 Personenbezogene Ebene

Qualifikation und Unterweisung bleiben hinter den Modellvorgaben zurück. Der Mittelwert beträgt 19,13 % und entspricht der Note 5. Führungskräftebildungen zum Umgang mit psychischen Gesundheitsgefährdungen werden in 25,52 % der Betriebe umgesetzt. Unterweisungen zum PSNV-Konzept und zum Verhalten in kritischen Situationen erreichen 16,30 %, die Überprüfung der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften 56,66 %. Sensibilisierungsmaßnahmen sowie Unterweisungen nach § 9 ArbSchG werden kaum berichtet.

6.1.1.4 Querschnittsbefund

Insgesamt 23,04 % der Betriebe berichten keine konkreten Präventionsmaßnahmen. Dies verdeutlicht erhebliche Umsetzungslücken und unterstreicht den Bedarf, die modellbasierten Anforderungen verbindlich in betriebliche Routinen und Verantwortlichkeiten zu integrieren.

6.1.2 Akuthilfe

Präventions- phase	Akuthilfe (Sekundärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löscheinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ausrüstung zur psychosozialen Erstversorgung (z. B. Decken, Getränke, Infoblätter) vorhanden: 25,73 %.	6
			Gesamtmittel: 3,68 %	

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprocederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung von Führungskräften und Kolleg:innen zur Früherkennung psychischer Gesundheitsschädigungen 44,79 % ▪ Schnellstmögliche Unfallmeldung an den UV-Träger 38,90 % ▪ Informationsmaterial zu weiterführenden Hilfsmöglichkeiten verfügbar 25,94 % ▪ Informationsmaterial zu Symptomen psychischer Gesundheitsschädigungen verfügbar 20,36 % ▪ Unterweisung zum weiteren internen und externen Vorgehen nach Notfällen 21,87% <p>Gesamtmittel: 7,78 %</p>	6

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatz interner psychologischer Erstbetreuung 23,70 % ▪ Einsatz externer psychologischer Erstbetreuung 26,75 % <p>Gesamtmittel: 12,61 %</p>	6

Die Akuthilfe wird in den Betrieben nur in einzelnen Bereichen berichtet. Der Gesamtmittelwert über alle drei Arbeitsschutzebenen liegt bei 7,36 % und entspricht der Note 6. Die Daten zeigen damit eine geringe Abdeckung der im Modell beschriebenen Maßnahmen der Akuthilfe.

6.1.2.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen der Akuthilfe werden nur vereinzelt umgesetzt. Der Mittelwert beträgt 3,68 % und entspricht Note 6. Berichtet wird ausschließlich der Ausrüstung zur psychosozialen Erstversorgung in 25,73 % der Betriebe. Weitere technische Maßnahmen wie Rettungswege, Erste-Hilfe-Material, Löschleinrichtungen, Warn- und Signaleinrichtungen sowie Überfallmeldeanlagen werden nicht genannt.

6.1.2.2 Organisationale Ebene

Auf organisationaler Ebene werden nur wenige modellkonforme Maßnahmen berichtet. Der Mittelwert liegt bei 7,78 % und entspricht der Note 6. Die frühzeitige Meldung an den Unfallversicherungsträger wird in 38,90 % der Betriebe genannt. Weitere im Modell definierte Abläufe wie Alarmierung, Informationsweitergabe, Angehörigeninformation oder medizinische Zuführung werden nicht berichtet.

6.1.2.3 Personenbezogene Ebene

Personenbezogene Maßnahmen werden ebenfalls nur teilweise genannt. Der Mittelwert beträgt 12,61 % und entspricht der Note 6. Interne psychologische Erstbetreuung wird in 23,70 % und externe psychologische Erstbetreuung in 26,75 % berichtet. Weitere im Modell beschriebene Maßnahmen wie Informationsvermittlung oder die Begleitung der Betroffenen in das private Umfeld werden nicht genannt.

6.1.3 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen	6
		Gesamtmittel: 0,00 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallmeldung an den UVT/ Dokumentation ▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT ▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren ▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt ▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens ▪ Führungskräfteberatung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation des Notfalls im Unternehmen 68,40 % ▪ Meldung an den UV-Träger 44,80 % ▪ Vermittlung in die Folgebetreuung des UV-Trägers 33,31 % ▪ Aufmerksamer organisatorischer Umgang mit Betroffenen 47,80 % ▪ Informationsmaterial zur weiteren Versorgung durch den UV-Träger 18,11 % ▪ Unterweisung zur außerbetrieblichen Versorgung 15,61 % 	5
			Gesamtmittel: 20,34 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung/Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot psychosozialer Unterstützung durch interne Personen 36,45 % ▪ Angebot psychosozialer Unterstützung durch externe Personen 46,50 % <p>Gesamtmittel: 27,65 %</p>	5

In der weiterführenden Betreuung werden technische, organisationale und personenbezogene Maßnahmen in unterschiedlicher Häufigkeit berichtet. Der Gesamtmittelwert liegt bei 16,76 % und entspricht der Note 5.

6.1.3.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen der Weiterführende Betreuung werden nicht berichtet. Der Mittelwert liegt bei 0,00 % und entspricht der Note 6.

6.1.3.2 Organisationale Ebene

Organisatorische Maßnahmen werden teilweise umgesetzt. Der Mittelwert beträgt 20,34 % und entspricht der Note 5. Die Dokumentation des Notfalls wird in 68,40 %, die Meldung an den Unfallversicherungsträger in 44,80 % und die Überleitung in die Folgebetreuung des Unfallversicherungsträgers in 33,31 % der Betriebe berichtet. Weitere modellrelevante Abläufe wie die Analyse des Unterstützungsbedarfs, die Sicherstellung von Überleitungswegen, die Untersuchung des Unfallgeschehens und die Führungskräfteberatung werden nicht genannt.

6.1.3.3 Personenbezogene Ebene

Personenbezogene Maßnahmen werden in Teilen umgesetzt. Der Mittelwert beträgt 27,65 % und entspricht der Note 5. Psychosoziale Unterstützung durch interne Personen wird in 36,45 % und psychosoziale Unterstützung durch externe Personen in 46,50 % berichtet. Weitere modellrelevante Maßnahmen wie strukturierte Gruppengespräche, Screening, Monitoring, diagnostische Verfahren oder Reha-Management werden nicht genannt.

6.1.4 Rehabilitation

Präventions- phase	Rehabilitation innerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Bauliche Maßnahmen anpassen▪ Technische Maßnahmen anpassen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Bauliche Maßnahmen anpassen 12,88 %▪ Technische Maßnahmen anpassen 20,61 % <p>Gesamtmittel: 16,75 %</p>	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell ▪ Reha-Management der UVT ▪ Krankentrückkehrgespräche ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen/Arbeitspsycholog:innen/Betriebsärzt:innen ▪ Anpassung der Gefährdungsbeurteilung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankentrückkehrgespräche 54,84 % ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement 57,62 % ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen / Betriebsärzt:innen 45,20 % ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitspsycholog:innen 16,02 % <p>Gesamtmittel: 28,95 %</p>	5

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbefragungen durchführen ▪ Kollegiale Prozesse beobachten / achtsames Miteinander fördern ▪ BEM-Gespräche führen ▪ Kollegialen Support fördern ▪ Belastungserprobungen ermöglichen ▪ Stetiger Kontakt zum Arbeitnehmer ▪ Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen ▪ Angebot einer anderen Tätigkeit 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stetiger Kontakt zwischen Führungskraft und Beschäftigten 50,77 % ▪ Begleitung der Wiedereingliederung durch Kolleg:innen 43,49 % ▪ Angebot einer anderen Tätigkeit im Unternehmen 31,57 % <p>Gesamtmittel: 15,73 %</p>	6

6.1.4.1 Technische Ebene

Technische Anpassungen nach einem Ereignis werden in einzelnen Bereichen berichtet. Technische Maßnahmen liegen bei 20,61 %, bauliche Anpassungen bei 12,88 %. Der Mittelwert beträgt 16,75 % und entspricht der Note 5. Weitere im Modell enthaltene technische Maßnahmen wurden nicht genannt.

6.1.4.2 Organisationale Ebene

Organisatorische Maßnahmen zur Wiedereingliederung werden in mehreren Bereichen umgesetzt. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement wird in 57,62 % der Betriebe berichtet. Die Zusammenarbeit mit arbeitsmedizinischen oder betriebsärztlichen Diensten liegt bei 45,20 % und die Zusammenarbeit mit Arbeitspsychologinnen und Arbeitspsychologen bei 16,02 %. Krankenrückkehrgespräche werden in 54,84 % genannt. Andere modellbasierte Bausteine wie das Hamburger Modell, das Reha Management der Unfallversicherungsträger oder die Anpassung der Gefährdungsbeurteilung werden nicht berichtet und fließen mit 0,00 % in den Mittelwert ein. Der Mittelwert beträgt 28,95 % und entspricht der Note 5.

6.1.4.3 Personenbezogene Ebene

Personenbezogene Maßnahmen zur Unterstützung der Wiedereingliederung werden in einzelnen Bereichen umgesetzt. Ein stetiger Kontakt zwischen Führungskraft und Beschäftigten wird in 50,77 % berichtet. Die Begleitung der Wiedereingliederung durch Kolleginnen und Kollegen liegt bei 43,49 % und ein Angebot einer anderen Tätigkeit im Unternehmen bei 31,57 %. Weitere modellbezogene Maßnahmen wie Nachbefragungen, BEM Gespräche, kollegialer Support oder Belastungserprobungen wurden nicht genannt und gehen mit 0,00 % in die Bewertung ein. Der Mittelwert beträgt 15,73 % und entspricht der Note 6.

6.1.4.4 Querschnittsbefund

Die innerbetriebliche Rehabilitation zeigt eine heterogene Umsetzung über die drei Ebenen hinweg. Organisatorische und personenbezogene Bausteine werden in mehreren Bereichen berichtet, während andere modellbasierte Maßnahmen nicht genannt werden. Technische Anpassungen werden seltener umgesetzt. Die Ergebnisse weisen auf unterschiedliche Schwerpunkte innerhalb der Tertiärprävention hin und zeigen, welche Bereiche in den Betrieben bereits etabliert sind und in welchen Betrieben weitere Maßnahmen ergänzt werden können.

6.1.5 Gesamtfazit: Unternehmensperspektive

Die Ergebnisse über alle Präventionsphasen hinweg zeigen eine unterschiedliche Umsetzung der modellbasierten Maßnahmen in den Betrieben. Technische, organisatorische und personenbezogene Elemente werden in einzelnen Bereichen berichtet, jedoch nicht durchgängig abgebildet. Die Modellvorgaben werden auf allen drei Ebenen in Teilen erreicht, wobei sich je nach Präventionsphase verschiedene Schwerpunkte erkennen lassen.

In der Primärprävention liegt der Fokus auf technischen und organisatorischen Strukturen, die in mehreren Betrieben vorhanden sind, während personenbezogene Maßnahmen weniger häufig genannt werden. In der Sekundärprävention werden ausgewählte Bausteine der Akuthilfe und Weiterführende Betreuung umgesetzt, jedoch bleibt die Abdeckung insbesondere im technischen Bereich sowie bei spezifischen organisatorischen Prozessschritten begrenzt. Die innerbetriebliche Rehabilitation weist vor allem im organisatorischen und personenbezogenen Bereich implementierte Maßnahmen auf, während technische Anpassungen nach einem Ereignis seltener berichtet werden.

Die Betrachtung aller drei Präventionsstufen verdeutlicht, dass betriebliche Aktivitäten im Bereich psychosozialer Notfälle und Belastungen vorhanden sind, jedoch nicht in vollem Umfang den im Modell formulierten Maßnahmenkatalog abdecken. Die Ergebnisse zeigen, in welchen Bereichen bereits Strukturen oder Prozesse bestehen und an welchen Stellen Potenzial zur weiteren Ausgestaltung liegt, insbesondere hinsichtlich einer einheitlichen, durchgängigen Abbildung der modellbasierten Elemente über alle Ebenen und Phasen hinweg.

6.2 Teilprojekt 1: Sichtweise der Betroffenen

6.2.1 Prävention

Präventions- phase	Prävention (Primärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Gefahren am Entstehungsort beseitigen / Risiko verringern			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen▪ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen▪ Räumliche Trennung z. B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Technische Maßnahmen 2,15 %	Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen

Ziele	einen Notfall im Unternehmen verhindern, das Unternehmen auf einen möglichen Notfall vorbereiten			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Alleinarbeit ▪ Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche ▪ Schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentraler Stelle ▪ Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen ▪ Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall ▪ Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer:innen 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Über mögliche Gefährdungen informiert 40,70 % ▪ Betriebliche Vorgehensweise bei einem Notfall bekannt 38,69 % ▪ Kontaktperson für die Koordination im Notfall bekannt 38,19 % ▪ Zuständigkeit für die Meldung eines Notfalls bekannt 35,68 % ▪ Zuständigkeiten für die Alarmierung der zuständigen Personen bekannt 22,11 % ▪ Rückkehrprozesse nach Notfall bekannt 18,09 % ▪ Zuständigkeit für Angehörigenkontakt bekannt 15,08 % ▪ Nachbetreuung bekannt 21,11 % ▪ Betrieblich-psychologische Erstbetreuung vorhanden 22,61 % 	5

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

- **Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen**
- Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung
- **Führungskräfteschulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen**
- **Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen**
- Aufnahme möglicher psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung

Gesamtmittel: 28,03 %

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>Alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereiten</p> <p>traumatische Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindern bzw. Folgen gering halten</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung aller Akteure ▪ Qualifizierung sichern/ Führungskräftebildungen ▪ Unterweisungen nach §9 ArbSchG ▪ Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept ▪ Unterweisung zum Verhalten & zur Weiterführende Betreuung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen, dass es speziell vorbereitete Personen gibt 27,14 % ▪ Betrieblich-psychologische Erstbetreuung vorhanden 22,61 % ▪ Über mögliche Gefährdungen informiert 40,70 % ▪ Betriebliche Vorgehensweise bei einem Notfall bekannt 38,69 % ▪ Kontaktperson für die Koordination im Notfall bekannt 38,19 % ▪ Zuständigkeit für die Meldung eines Notfalls bekannt 35,68 % ▪ Zuständigkeiten für die Alarmierung der zuständigen Personen bekannt 22,11 % ▪ Rückkehrprozesse nach Notfall bekannt 18,09 % ▪ Zuständigkeit für Angehörigenkontakt bekannt 15,08 % ▪ Nachbetreuung bekannt 21,11 % <p>Gesamtmittel: 27,94 %</p>	5

Die Primärprävention wurde aus Perspektive der betroffenen Beschäftigten bewertet. Der Gesamtbefund zeigt, dass sowohl organisatorische als auch personenbezogene Maßnahmen vorhanden sind, jedoch in begrenzter Reichweite. Die technische Ebene wurde in der Befragung nicht erhoben und kann daher nicht bewertet werden.

6.2.1.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen wie Notausgänge, Überwachungs- und Notfalleinrichtungen oder räumliche Trennungen wurden in der Betroffenenbefragung nicht erfasst. Da hierzu keine systematischen Angaben vorliegen, erfolgt keine Bewertung dieser Ebene.

6.2.1.2 Organisationale Ebene

Die organisationale Ebene weist überwiegend Kenntnisse über Rollen, Abläufe und Zuständigkeiten im Notfall auf. Beschäftigte berichten, in 40,70 % über mögliche Gefährdungen informiert zu sein. Die betriebliche Vorgehensweise im Notfall ist 38,69 % bekannt. Zuständigkeiten sind ebenfalls teilweise transparent: Die Koordinationsperson ist 38,19 % bekannt, die Zuständigkeit für eine Meldung 35,68 % und die Alarmierungszuständigkeit 22,11 %. Rückkehrprozesse werden in 18,09 % genannt, Zuständigkeiten für Angehörigenkontakt in 15,08 % und Informationen zur Nachbetreuung in 21,11 %. In 22,61 % der Fälle geben Betroffene an, dass betrieblich-psychologische Erstbetreuende vorhanden sind. Auf Basis dieser neun Indikatoren ergibt sich ein Mittelwert von 28,03 %, was der Note 5 entspricht. Die vorhandenen Kenntnisse bilden Teilaspekte organisatorischer Strukturen ab, reichen jedoch nicht an die Modellanforderungen heran, die formale Konzepte, festgelegte Meldewege oder Abstimmungsprozesse vorsehen.

6.2.1.3 Personenbezogene Ebene

Die personenbezogene Ebene umfasst das Wissen der Beschäftigten zu vorbereiteten Ansprechpersonen, Unterstützungsmöglichkeiten und relevanten Abläufen im Notfall. 27,14 % wissen, dass speziell vorbereitete Personen vorhanden sind, und 22,61 % berichten von betrieblich-psychologischen Erstbetreuenden. Informationen über mögliche Gefährdungen liegen bei 40,70 % vor; die betriebliche Vorgehensweise im Notfall kennen 38,69 %. Koordinationszuständigkeiten sind 38,19 % bekannt, die Meldewege 35,68 % und die Alarmierungsprozesse 22,11 %. Rückkehrprozesse nach einem Notfall werden in 18,09 % berichtet, Zuständigkeiten für Angehörigenkontakt in 15,08 % und Informationen zu Nachbetreuungsmöglichkeiten in 21,11 %.

6.2.1.4 Querschnittsbefund

Der Mittelwert über diese zehn Indikatoren beträgt 27,94 % und entspricht der Note 5. Damit zeigt sich, dass Beschäftigte über einzelne notwendige Inhalte informiert sind, jedoch keine flächendeckende Vorbereitung erreichen, wie sie das Modell über formalisierte Sensibilisierungs-, Unterweisungs- und Qualifizierungsmaßnahmen vorsieht.

6.2.2 Akuthilfe

Präventions- phase	Akuthilfe (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löscheinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprocedures, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften 33,04 % ▪ Aufklärung zum internen Procedure 18,26 % ▪ Medizinische Anbindung: Durchgangsärzt:in 8,70N %, Betriebsärzt:in 6,09 %, Hausärzt:in 5,22 % ▪ Angehörige informiert 6,09 % ▪ Dokumentation unmittelbar 1,74 % ▪ UVT-Hotline 0,87 % <p>Gesamtmittel: 10,00 %</p>	6

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/ Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es hat sich jemand gekümmert 49,57 % ▪ Begleitung ins private Umfeld 14,78 % ▪ Aufklärung zu potenziellen psychischen Folgen 10,43 % ▪ Telefonisch psychologische Beratung 6,09 % ▪ Abschirmung 13,04 % <p>Gesamtmittel: 18,78 %</p>	6

Die Akuthilfephase bildet die unmittelbare Reaktion auf einen Notfall ab. Sie umfasst Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen und psychosozialen Erstversorgung sowie prozessuale Schritte der innerbetrieblichen Notfallweiterführende Betreuung. Insgesamt zeigen die Ergebnisse begrenzte Umsetzungsgrade, wobei in mehreren Bereichen zentrale Modelanforderungen nicht erhoben wurden.

6.2.2.1 Technische Ebene

Technische Anforderungen wie das Vorhalten von Räumen, Versorgungsmaterial, Warn- und Signaleinrichtungen oder die Nutzung innerbetrieblicher Meldewege wurden nicht erhoben. Eine Bewertung der technischen Ebene ist daher nicht möglich. Die Ebene bleibt ohne prozentuale Auswertung und ohne Notenzuordnung.

6.2.2.2 Organisationale Ebene

Prozessuale Elemente der innerbetrieblichen Notfallweiterführende Betreuung wurden teilweise berichtet. Die Alarmierung von Rettungskräften erreicht 33,04 %. Die Aufklärung über das interne Procedere liegt bei 18,26 %. Medizinische Anbindungen werden in differenzierter Form berichtet: 8,70 % für Durchgangsärztinnen oder -ärzte, 6,09 % für Betriebsärztinnen oder -ärzte und 5,22 % für Hausärztinnen oder -ärzte. Eine Information der Angehörigen erfolgt in 6,09 %. Eine unmittelbare Dokumentation wird in 1,74 % benannt, die Nutzung einer UVT-Hotline in 0,87 %. Der Ebenenmittelwert liegt bei 10,00 % und entspricht der Note 6. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass nur einzelne organisatorische Schritte in der akuten Phase aktiviert wurden.

6.2.2.3 Personenbezogene Ebene

Individuelle Unterstützungsangebote wurden häufiger berichtet als organisatorische Prozessschritte, bleiben jedoch ebenfalls unterhalb der modellhaften Anforderungen. Eine Betreuung durch anwesende Personen wird in 49,57 % beschrieben. Die Begleitung ins private Umfeld erfolgt in 14,78 %. Eine Aufklärung zu potenziellen psychischen Folgen liegt in 10,43 % vor. Telefonische psychologische Beratung wird in 6,09 % genannt. Eine Abschirmung zur Reduktion weiterer Belastungsreize erfolgt in 13,04 %. Der Mittelwert beträgt 18,78 % und entspricht der Note 6.

6.2.2.4 Querschnittsbefund

Der Gesamtmittelwert der Akuthilfe über die organisationalen und personenbezogenen Ebenen beträgt 14,39 %. Die technische Ebene wurde nicht erhoben und ist daher nicht in die Mittelbildung eingegangen. Die Ergebnisse zeigen, dass einzelne Bausteine der Akuthilfe umgesetzt werden, eine umfassende und systematische Ausgestaltung der Prozesse jedoch nicht erkennbar ist. Die Phase der unmittelbaren Notfallweiterführende Betreuung weist damit deutliche Auslassungen in zentralen Prozessschritten und Unterstützungsangeboten auf.

6.2.3 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen		Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation ▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT ▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren ▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt ▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens ▪ Führungskräfteberatung 	Maßnahmen		Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung/Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe durch Kolleg:innen 4,14 % ▪ Hilfe durch Führungskräfte 3,45 % ▪ Hilfe durch Hausärzt:innen 3,45 % ▪ Hilfe durch Notfallpsycholog:innen 2,76 % ▪ Internes KIT 2,76 % ▪ Hilfe durch Betriebs-/Arbeitspsycholog:innen 2,76 % ▪ Hilfe durch Durchgangsärzt:in 2,76 % ▪ Hilfe durch private Sozialkontakte 2,76 % ▪ Hilfe durch Psychotherapeut:in 2,07 % ▪ Medizinische Beratung/Unterstützung 7,59 % ▪ Betriebliche Betreuung 6,21 % ▪ Externe Fachkräfte 3,45 % ▪ Spezialisierte Hilfsangebote 1,38 % <p>Gesamtmittel: 3,50 %</p>	6

6.2.3.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen der Weiterführende Betreuungsphase, darunter Ursachenbeurteilung nach dem Ereignis oder Anpassungen technischer und baulicher Gegebenheiten, wurden im Fragebogen nicht erhoben. Eine Bewertung ist daher nicht möglich.

6.2.3.2 Organisationale Ebene

Organisatorische Maßnahmen der Weiterführende Betreuung wurden im Fragebogen ebenfalls nicht erhoben. Da keine organisatorischen Modellmaßnahmen erfasst wurden, kann für diese Ebene kein Mittelwert und keine Bewertung vergeben werden.

6.2.3.3 Personenbezogene Ebene

Erfasst wurden ausschließlich personenbezogene Unterstützungsangebote, die Betroffene in den Tagen bis Wochen nach einem Notfall in Anspruch nahmen. Modellhafte Bausteine wie strukturierte Gruppensitzungen, Screeningverfahren, Monitoring, Diagnostik oder Reha-Management wurden nicht erfragt und nicht bewertet. Der Mittelwert der erhobenen personenbezogenen Maßnahmen beträgt 3,67 % und entspricht der Note 6.

6.2.3.4 Querschnittsbefund

Die Weiterführende Betreuungsphase wurde ausschließlich anhand personenbezogener Unterstützungsangebote bewertet. Technische und organisationale Maßnahmen wurden im Fragebogen nicht erhoben und können daher nicht berücksichtigt werden. Der Gesamtmittelwert der erhobenen Daten beträgt 3,67 % (Note 6). Die Ergebnisse zeigen vereinzelte individuelle Unterstützungsangebote, jedoch keine systematische Umsetzung der modellbasierten Strukturen zur Weiterführende Betreuung von Notfällen.

6.2.4 Rehabilitation

Präventions- phase	Rehabilitation außerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse durch Unfallversicherung/ Externe Ermittler▪ Erarbeitung von Gegenmaßnahmen	Maßnahmen		Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleiten des Psychotherapeutenverfahrens ▪ Psychotherapie ▪ Beratung durch Reha-Management ▪ Heilverfahrenssteuerung durch Reha-Manager <p>Aufsichtsperson des UVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung und Vermittlung von Informationen ▪ Hilfe bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung ▪ Unterstützung bei der Ausarbeitung eines betriebs-spezifischen Konzepts ▪ Dokumentation Ihrer Aktivitäten 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenerstattung 6,30 % ▪ Verletztengeld 5,51 % ▪ Rehamangement 3,94 % ▪ Rehabberatung 2,36 % <p>Gesamtmittel: 4,36 %</p>	6

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ längerfristige Heilbehandlung und Rehabilitation (psychisch und physisch) ▪ Eignungsbeurteilung ▪ Neuqualifizierungen ▪ Bildung beruflicher Perspektiven 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie/Traumatherapie 3,94 % <p>Gesamtmittel: 0,99 %</p>	6

6.2.4.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen der außerbetrieblichen Rehabilitation, wie die Ursachenanalyse durch den Unfallversicherungsträger oder die Ableitung technischer Gegenmaßnahmen, wurden im Fragebogen nicht erhoben. Eine Bewertung dieser Ebene ist daher nicht möglich.

6.2.4.2 Organisationale Ebene

Organisatorische Unterstützungsangebote des Unfallversicherungsträgers wurden in einzelnen Bereichen berichtet. Kostenerstattungen liegen bei 6,30 %, Verletztengeld bei 5,51 %. Reha-Management wird in 3,94 % angegeben, eine Beratung zur Rehabilitation in 2,36 %. Mehrere modellhafte Elemente wurden nicht erfasst und gehen daher nicht in die Bewertung ein. Dazu zählen insbesondere das Einleiten des Psychotherapeutenverfahrens, psychotherapeutische Versorgung als strukturierter Prozess, die Heilverfahrenssteuerung durch Reha-Managerinnen oder Reha-Manager sowie die unterstützenden Aufgaben der Aufsichtsperson des Unfallversicherungsträgers, wie Sensibilisierung, Gefährdungsbeurteilung oder die Entwicklung betrieblicher Konzepte. Der Mittelwert der erhobenen organisatorischen Maßnahmen beträgt 4,36 % und entspricht der Note 6.

6.2.4.3 Personenbezogene Ebene

Auf der personenbezogenen Ebene wurde als modellrelevante Maßnahme die Teilnahme an einer Psychotherapie oder Traumatherapie berichtet. Dieser Wert liegt bei 3,94 %. Weitere modellhafte Bausteine wie längerfristige Heilbehandlungen, Eignungsbeurteilungen, Neuqualifizierungen oder Maßnahmen zur beruflichen Perspektivbildung wurden nicht erhoben und gehen daher mit 0,00 % in die Bewertung ein. Der resultierende Ebenenmittelwert beträgt 0,99 % und entspricht der Note 6.

6.2.4.4 Querschnittsbefund

Die außerbetriebliche Rehabilitation weist ein insgesamt niedriges Umsetzungsniveau auf. Organisatorische Unterstützungsangebote werden vereinzelt berichtet, personenorientierte rehabilitative Maßnahmen nur in geringem Umfang. Technische Abläufe wurden nicht erhoben. Der Gesamtmittelwert von 2,68 % unterstreicht die sehr begrenzte Abdeckung der modellhaften Tertiärpräventionsmaßnahmen.

6.2.5 Wiedereingliederung

Präventions- phase	Rehabilitation innerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Bauliche Maßnahmen anpassen▪ Technische Maßnahmen anpassen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Technische Maßnahmen anpassen 0,79 %	Wurde nicht erfragt

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell ▪ Reha-Management der UVT ▪ Krankenrückkehrgespräche ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen/Arbeitspsycholog:innen/Betriebsärzt:innen ▪ Anpassung der Gefährdungsbeurteilung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement 8,66 % ▪ Arbeits- und Belastungstest 3,15 % ▪ Arbeitszeiten anpassen 3,15 % ▪ Versetzung 2,36 % ▪ Gespräch zur Maßnahmenfindung 2,36 % ▪ Aufgaben anpassen 1,57 % ▪ Finanzielle Unterstützung 0,79 % 	6
			Gesamtmittel: 3,15 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbefragungen durchführen ▪ Kollegiale Prozesse beobachten / achtsames Miteinander fördern ▪ BEM-Gespräche führen ▪ Kollegialen Support fördern ▪ Belastungserprobungen ermöglichen ▪ Stetiger Kontakt zum Arbeitnehmer ▪ Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen ▪ Angebot einer anderen Tätigkeit 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verständnisvolle Kolleg:innen/ Vorgesetzte 0,79 % ▪ Gelebte Fürsorge des Unternehmens 0,79 % ▪ Flexible Arbeitszeiten 1,57 % ▪ Gespräch zur Maßnahmenfindung 2,36 % ▪ Arbeits- und Belastungstest 3,15 % ▪ Aufgaben anpassen 1,57 % <p>Gesamtmittel: 1,58 %</p>	6

6.2.5.1 Technische Ebene

Technische Maßnahmen der innerbetrieblichen Rehabilitation, wie bauliche Anpassungen oder technische Modifikationen zur Beseitigung verbliebener Gefährdungen, wurden im Fragebogen nicht erhoben. Eine Bewertung dieser Ebene ist daher nicht möglich.

6.2.5.2 Organisationale Ebene

Organisatorische Schritte zur Wiedereingliederung wurden nur in sehr begrenztem Umfang berichtet. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement wird in 8,66 % angegeben. Arbeits- und Belastungstests erreichen 3,15 %, ebenso wie angepasste Arbeitszeiten. Eine Versetzung wird in 2,36 % berichtet, ebenso wie Gespräche zur Maßnahmenfindung. Anpassungen der Aufgabenverteilung liegen bei 1,57 %, finanzielle Unterstützung bei 0,79 %. Modellhafte Elemente wie die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell, die Steuerung des Heilverfahrens durch den Unfallversicherungsträger, Krankenrückkehrgespräche, die Zusammenarbeit mit arbeitsmedizinischen oder arbeitspsychologischen Diensten sowie eine Anpassung der Gefährdungsbeurteilung wurden nicht erhoben und fließen daher nicht in die Bewertung ein. Der Mittelwert beträgt 3,15 % und liegt im Bereich der Note 6.

6.2.5.3 Personenbezogene Ebene

Personenbezogene Maßnahmen der innerbetrieblichen Rehabilitation wurden ebenfalls nur selten berichtet. Verständnisvolles Verhalten von Kolleginnen und Kollegen bzw. Vorgesetzten sowie gelebte Fürsorge des Unternehmens erreichen jeweils 0,79 %. Flexible Arbeitszeiten liegen bei 1,57 %. Gespräche zur Maßnahmenfindung werden in 2,36 % berichtet, Belastungserprobungen (Arbeits- und Belastungstests) in 3,15 %, Aufgabenanpassungen in 1,57 %. Modellinhalte wie Nachbefragungen, kollegiale Unterstützungsprozesse, BEM-Gespräche, kontinuierlicher Kontakt oder begleitende Wiedereingliederung durch Kolleginnen und Kollegen wurden nicht erhoben und gehen entsprechend nicht in die Bewertung ein. Der Mittelwert beträgt 1,58 % und entspricht einer Note von 6.

6.2.5.4 Querschnittsbefund

Die innerbetriebliche Rehabilitation wird nur in einzelnen Aspekten umgesetzt. Technische Maßnahmen wurden nicht erhoben, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen finden überwiegend in niedrigen Anteilen statt. Strukturelle Elemente wie systematische Wiedereingliederungsprozesse, arbeitsmedizinische Einbindung oder kontinuierliche Weiterführende Betreuung werden nicht abgebildet. Insgesamt zeigt dieser Bereich eine sehr geringe Abdeckung der im Modell vorgesehenen innerbetrieblichen Rehabilitationsstrukturen. Insgesamt liegt der Mittelwert der innerbetrieblichen Rehabilitation bei 2,37 % und damit im Bereich der Note 6.

6.3 Teilprojekt 2: Sichtweise der Unfallversicherungsträger

Die Ergebnisse der Phasen spiegeln nicht den tatsächlichen Umsetzungsstand der Unfallversicherungsträger wider, sondern die Nennungen innerhalb der Interviews. Obwohl die Interviews halbstandardisiert aufgebaut waren und zu Beginn systematisch erfasst wurde, welche Maßnahmen implementiert sind, konnten wir nur jene Inhalte codieren, die von den Interviewpersonen tatsächlich benannt wurden.

Dabei zeigte sich eine deutliche Varianz im Detailgrad, die methodisch erklärbar ist: Ein Teil der Unfallversicherungsträger stellte uns vorab umfangreiche Maßnahmenlisten zur Verfügung, die wir als zusätzliche Datengrundlage codieren konnten. Andere UVT nannten ausschließlich die aus ihrer Perspektive zentralsten Maßnahmen und verzichteten darauf, die vollständige Breite ihres Repertoires abzubilden. Zudem zeigte sich im Gesprächsverlauf, dass einige Interviewpersonen aufgrund der Fülle möglicher Maßnahmen nicht bereit waren, sämtliche Bausteine vollständig aufzuzählen.

Das bedeutet: Nicht genannte Maßnahmen müssen nicht als „nicht vorhanden“ interpretiert werden, sondern sind methodisch korrekt als „nicht berichtet“ zu werten. Die daraus folgenden Mittelwerte und Noten basieren somit auf der Nennungshäufigkeit, nicht auf einer Vollerhebung der tatsächlich umgesetzten Maßnahme.

6.3.1 Prävention

Präventions- phase	Prävention (Primärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	Gefahren am Entstehungsort beseitigen / Risiko verringern		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen▪ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen▪ Räumliche Trennung z. B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen	<div>Maßnahmen</div> <ul style="list-style-type: none">▪ Notruf-/Alarmierung/Notfalleinrichtungen (UK 100,0 %, BG 28,6 %, FUK 33,3 %, Sonstige 25,0 %).▪ Bauliche Barrieren / räumliche Trennung (UK 85,7 %, BG 42,9 %, FUK,, Sonstige 25,0 %).▪ Zweiter Ausgang (UK 71,4 %, BG,, FUK,, Sonstige,).▪ Fluchtwege / -kennzeichnung (UK 57,1 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige 25,0 %).▪ Zutrittsbeschränkung / -kontrolle (UK 71,4 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige 25,0 %).▪ Beleuchtung (UK 57,1 %, BG,, FUK,, Sonstige 25,0 %).▪ Einsehbarkeit von Bereichen/Zugängen (UK 28,6 %, BG 28,6 %, FUK,, Sonstige 25,0 %).▪ Videoüberwachung (UK 28,6 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige 25,0 %).	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lärm-/Akustikmaßnahmen (UK 28,6 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Sichern/Entfernen „waffenfähiger“ Gegenstände (UK 42,9 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Schließfächer für Privateigentum (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,). ▪ Sicherheitsverglasung / Sicherheitsabstände (UK,, BG,, FUK,, Sonstige je 25,0 %). <p>Gesamtmittel: 35,45 %</p>	
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	einen Notfall im Unternehmen verhindern, das Unternehmen auf einen möglichen Notfall vorbereiten			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Alleinarbeit ▪ Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche ▪ Schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentraler Stelle 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gefährdungsbeurteilung (inkl. psychische Belastungen) (UK 100,0 %, BG 71,4 %, FUK 66,7 %, Sonstige,). ▪ Notfallplan erstellen und testen / Evakuierung / EH-Integration (UK 85,7 %, BG 100,0 %, FUK 33,3 %, Sonstige,). ▪ Alleinarbeit vermeiden (UK 85,7 %, BG 57,1 %, FUK,, Sonstige 50,0 %). ▪ Zuständigkeiten & Meldewege klären/organisieren (UK 57,1 %, BG,, FUK,, Sonstige,). 	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen ▪ Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall ▪ Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer:innen ▪ Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen ▪ Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung ▪ Führungskräfte-schulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen ▪ Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen ▪ Aufnahme möglicher psychischer | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparente Unternehmenskommunikation (UK 57,1 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Netzwerk/Vertrag mit KIT/Notfallseelsorge; Weiterführende Betreuungskonzept (UK 42,9 %, BG 42,9 %, FUK Netzwerk Feuerwehrseelsorge 33,3 %, Sonstige,). ▪ Informations-/Telefonketten (UK,, BG 42,9 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Sicherheitsvorschriften erarbeiten/kommunizieren (UK,, BG 42,9 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Betriebsanweisungen (UK,, BG 28,6 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Beschwerde-/internes Meldewesen (UK 14,3 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Dokumentation von Ereignissen (UK 14,3 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Sicherheitsdienst vor Ort (UK 14,3 %, BG 28,6 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Umgang mit Geld regeln (UK 14,3 %, BG 28,6 %, FUK,, Sonstige,). ▪ Rückmeldesystem Außendienst (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,). ▪ Absprache Polizei / Codewort (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,). | |
|--|---|--|---|--|

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

	Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfall-Ordner / Handlungsleitfaden (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,). ▪ Technik regelmäßig prüfen (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,). ▪ Notfallmanagementsystem integrieren (UK,, BG,, FUK,, Sonstige 75,0 %). ▪ Schichtplangestaltung (UK,, BG,, FUK,, Sonstige 50,0 %). ▪ Sicherheitsstrukturen etablieren / Schulungskonzepte (UK,, BG,, FUK je 33,3 %, Sonstige,). ▪ Betrieblich-psychologische Erstbetreuung / Peers ausbilden (UK 57,1 %, BG 28,6 %, FUK Peers 66,7 %, Sonstige 75,0 %). ▪ Qualifizierung/Schulungen allgemein (UK 42,9 %, BG 57,1 %, FUK, [spezifische Module s. unten], Sonstige,). 	
			Gesamtmittel: 25,75 %	
Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereiten traumatische Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindern bzw. Folgen gering halten			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung aller Akteure 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterweisungen (UK 85,7 %, BG 57,1 %, FUK 33,3 %, Sonstige 50,0 %). 	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

- Qualifizierung sichern/ Führungskräftebildungen
- Unterweisungen nach § 9 ArbSchG
- Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept
- Unterweisung zum Verhalten & zur Weiterführende Betreuung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung
- Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften

- **Deeskalationstraining (UK 85,7 %, BG 28,6 %, FUK 100,0 %, Sonstige,).**
- **Betrieblich-psychologische Erstbetreuung / Peers ausbilden (UK 57,1 %, BG 28,6 %, FUK Peers 66,7 %, Sonstige 75,0 %).**
- **Qualifizierung/Schulungen allgemein (UK 42,9 %, BG 57,1 %, FUK, [spezifische Module s. unten], Sonstige,).**
- **Supervision/Intervision (UK 42,9 %, BG 14,3 %, FUK,, Sonstige,).**
- **Persönliche Schutzausrüstung / Eigensicherung (UK 28,6 %, BG 42,9 %, FUK Eigensicherung 33,3 %, Sonstige,).**
- **Interkulturelle Kompetenz (UK,, BG,, FUK 66,7 %, Sonstige,).**
- **Kommunikation / Krisenmanagement-Gespräche (UK Kommunikationstraining 14,3 %, BG, [in „Qualifizierung“ enthalten], FUK je 33,3 %).**
- **Stressmanagement (UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,).**

Gesamtmittel: 38,74 %

6.3.1.1 Technische Ebene

Mit einem Nennungsdurchschnitt von 35,45 % (Note 5) zeigen die technischen Maßnahmen eine breite Streuung. Die Unfallkassen benennen technische Elemente deutlich häufiger als Berufsgenossenschaften oder sonstige Träger. Die Unterschiede lassen sich primär mit dem unterschiedlichen Detaillierungsgrad der Interviews erklären, nicht zwingend mit einem unterschiedlichen Implementierungsniveau.

6.3.1.2 Organisationale Ebene

Auch auf organisationaler Ebene liegt der Mittelwert mit 25,75 % (Note 5) im unteren Bereich. Mehrere UVT nannten zentrale Elemente wie Gefährdungsbeurteilungen, Notfallpläne oder Allein-arbeitsregelungen. Gleichzeitig fehlen zahlreiche modellrelevante Prozesse vollständig in der Berichterstattung. Dieses Muster spricht nicht zwingend für fehlende Strukturen, sondern häufig für unterschiedliche Antwortstrategien: Manche UVT listeten nur zentrale Kernprozesse, andere gaben vollständige Prozessdarstellungen inklusive Detailmaßnahmen.

6.3.1.3 Personenbezogene Ebene

Die personenbezogenen Maßnahmen wurden mit 38,74 % (Note 5) am häufigsten genannt. Unterweisungen, Deeskalationstrainings und Erstbetreuerschulungen wurden breit berichtet. Seltener genannt wurden Supervision, Stressmanagement oder interkulturelle Kompetenz. Auch hier gilt: Die fehlenden Nennungen bilden primär Auslassungen im Interview ab und nicht zwingend fehlende Umsetzung.

6.3.1.4 Querschnittsbefund

Über alle Ebenen hinweg beträgt der Mittelwert 33,31 %, was einer Gesamtnote von 5 entspricht. Diese Bewertung beschreibt nicht die Leistungsqualität der UVT, sondern die breite Varianz in der Nennungstiefe, wie sie in qualitativen Interviews typisch ist. Der Befund weist auf eine unzureichende Standardisierung der Kommunikation hin. Einige Träger geben sehr detaillierte Informationen, andere beschränken sich auf Kernaussagen. Die Prävention der UVT lässt sich anhand der Interviewdaten nur eingeschränkt vergleichen. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in der Transparenz und Offenheit der Berichterstattung, weniger in der realen Umsetzungspraxis.

6.3.2 Akuthilfe

Präventions- phase	Akuthilfe (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löscheinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da UVT nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprozederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsweitergabe an Beschäftigte in der Akutphase (z. B. Infoblatt mit Angeboten/Telefonnummern): BG 28,6 %, UK 28,6 %, FUK,, Sonstige,, ▪ Anbindung externer Akutressourcen: Notfallseelsorge über Rettungsleitstelle: BG 28,6 %, UK 28,6 %, FUK,, Sonstige 25,0 %. ▪ UVT-Meldung in der Akutphase Kanal Unfallanzeige: UK 85,7 %, BG 28,6 %, FUK 100,0 %, Sonstige 100,0 %. ▪ Kanal telefonisch: UK 57,1 %, BG 28,6 %, FUK 100,0 %, Sonstige 50,0 %. ▪ Kanal D-Arzt/Arztberichte: UK 71,4 %; ärztl. Bericht Tag 0 – 1: UK 28,6 %. ▪ Zeitvorgabe „sofort/unverzüglich“: BG 71,4 %. FUK: ≤ 24 h 33,3 %, 24 – 48 h 33,3 %. Sonstige: Einzelfälle „sofort/≤ 7 Tage“ je 25,0 %. 	4
			Gesamtmittel: 49,57 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UVT-Notfall-/Sorgentelefon: BG 42,9 %, UK 28,6 %, FUK,, Sonstige,. ▪ Telefonische psychologische Beratung (Kooperationspartner): UK 28,6 %, BG,, FUK,, Sonstige,. ▪ Notfallpsycholog:in vor Ort: UK 14,3 %, BG,, FUK,, Sonstige,. ▪ Regionale Notfallpsycholog:innen „in kürzester Zeit“ vermittelbar: BG 28,6 %, UK,, FUK,, Sonstige <p>Gesamtmittel: 26,82 %</p>	<p>Nicht bewertbar, da UVT nicht zuständig.</p>

6.3.2.1 Technische Maßnahmen

Technische Maßnahmen der Akuthilfe, wie Rettungswege, Warn- und Signaleinrichtungen oder Erste-Hilfe-Ausstattung, liegen vollständig in der Verantwortung der Unternehmen. Unfallversicherungsträger setzen diese Maßnahmen nicht selbst um und haben daher im Interview nicht berichtet. Entsprechend ist dieser Bereich nicht bewertbar, da die Nennung oder Nicht-Nennung keinerlei Aussagekraft über die tatsächliche Umsetzung in Betrieben hat.

6.3.2.2 Organisationale Maßnahmen

Im organisationalen Bereich wurden Maßnahmen genannt, die im Modell eindeutig in der Verantwortung der Unternehmen liegen. Unfallversicherungsträger können diese Maßnahmen nicht selbst umsetzen, sondern lediglich begleiten oder beraten. Die Angaben aus den Interviews spiegeln daher ausschließlich wider, was die UVT aus ihrer Perspektive als relevant ansehen oder wo sie Unternehmen unterstützen, nicht aber, was in Betrieben faktisch umgesetzt wird. Genannt wurden vor allem Elemente der Informationsweitergabe in der Akutphase, die Anbindung externer Akutressourcen sowie verschiedene Meldewege und Zeitvorgaben zur Unfallanzeige. Diese Aspekte betreffen überwiegend die Schnittstelle zwischen Betrieb und UVT und stellen überwiegend prozessuale Unterstützungsleistungen der Träger dar.

Maßnahmen, die das Modell eindeutig den Unternehmen zuordnet, etwa die Alarmierung betrieblicher Ersthelfender, strukturierte Informationswege im Notfall, Angehörigenbenachrichtigung oder interne Abläufe der medizinischen Zuführung, wurden nicht genannt. Dies bedeutet nicht zwingend, dass sie in Betrieben fehlen, sondern vielmehr, dass die UVT dazu im Interview keine Angaben gemacht haben. Da diese modellrelevanten Bausteine aber Teil der Bewertung sind, führt ihre Nichtnennung konsequenterweise zu einer niedrigeren Abdeckung. Insgesamt ergibt sich für die organisationalen Maßnahmen ein Gesamtmittelwert von 49,57 % und damit die Note 4. Die Bewertung ist damit als mittlere Abdeckung zu interpretieren. Die UVT benennen vor allem jene Elemente, die sie selbst beeinflussen oder unterstützen können, während zentrale innerbetriebliche Prozessschritte, erwartbar, nicht berichtet wurden.

6.3.2.3 Personenbezogene Maßnahmen

Im personenbezogenen Bereich nannten die UVT ausschließlich Leistungen, die sie selbst erbringen können, etwa Sorgentelefone, psychologische Beratung oder die kurzfristige Bereitstellung von Notfallpsycholog:innen. Modellmaßnahmen, die eigentlich Unternehmen umsetzen müssten (z. B. betriebliche Erstbetreuung, Begleitung ins private Umfeld), können von UVT nicht erbracht werden und wurden folglich nicht genannt. Da die Benennungen ausschließlich UVT-eigene Zusatzangebote abbilden und nicht mit den modellbasierten Anforderungen der Unternehmen vergleichbar sind, ist eine reguläre Bewertung nicht möglich. Der ausgewiesene Gesamtmittelwert von 26,82 % beschreibt daher lediglich die Häufigkeit der genannten UVT-Leistungen, nicht die Umsetzung des Modells. Eine Note wird aus methodischen Gründen nicht vergeben.

6.3.2.4 Querschnittsbefund

Die Akuthilfe zeigt ein erwartbares Muster: Unfallversicherungsträger berichten überwiegend Maßnahmen, die sie selbst anbieten und verantworten, nicht jedoch modellkonforme betriebliche Prozessschritte. Technische und personenbezogene Elemente sind deshalb nicht bewertbar, da die UVT hier keine Zuständigkeit haben. Im organisationalen Bereich ergibt sich

eine mittlere Abdeckung (49,57 %, Note 4), die primär auf Angaben zu Meldewegen und externer Akutanbindung zurückgeht. Insgesamt zeigt die Phase, dass UVT in der Akuthilfe ergänzende Unterstützung anbieten, während die betriebliche Umsetzung modellbasierter Anforderungen im Rahmen dieser Interviews nicht abgebildet werden kann.

6.3.3 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)			Bewer- tung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">• Untersuchung des Unfallgeschehens durch Prävention/Aufsicht: BG 100 %, UK 85,7 %, FUK 33,3 %, sonst. 50,0 %. Vor-Ort-Untersuchungen bei relevanten Fällen: BG 28,6 %, UK 57,1 %, FUK 33,3 %, sonst. 50,0 %.• Ableitung präventiver baulich-technischer Maßnahmen (Auflagen/Empfehlungen): BG 85,7 %, UK 71,4 %, FUK 33,3 %, sonst. 75,0 %.	4
			Gesamtmittel: 58,62 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation ▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT ▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren ▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt ▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens ▪ Führungskräfteberatung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heilverfahrensteuerung/Reha-Management: BG 28,6 %, UK,, FUK,, Sonstige,, ▪ Überleitung in professionelle Hilfen sicherstellen <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie/Traumaambulanz anstoßen: UK 28,6 %. • Regionale Fachkräfte vermitteln: BG 28,6 %. ▪ Untersuchung des Unfallgeschehens durch Prävention/Aufsicht: BG 100 %, UK 85,7 %, FUK 33,3 %, sonst. 50,0 %. Vor-Ort-Untersuchungen bei relevanten Fällen: BG 28,6 %, UK 57,1 %, FUK 33,3 %, sonst. 50,0 %. 	4
			Gesamtmittel: 41,48 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung / Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosozialen Unterstützung durch externe Fachkräfte über UVT-Wege: durch obige Überleitung/Heilverfahrensteuerung abgedeckt (UK 28,6 %, BG 28,6 %). 	<p>Nicht bewertbar, da UVT nicht zuständig.</p>
			Gesamtmittel: 28,6 %	

Die Weiterführende Betreuungsphase beschreibt die Maßnahmen, die nach einem Notfall erforderlich sind, um die Auswirkungen des Ereignisses zu reduzieren, Betroffene weiterführend zu stabilisieren und den Übergang in weiterführende Hilfen zu sichern. Die Analyse zeigt, dass die Unfallversicherungsträger (UVT) in dieser Phase überwiegend Aufgaben übernehmen, die ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechen, insbesondere Untersuchungen des Unfallgeschehens, beratende Funktionen und das Anstoßen des Heilverfahrens. Elemente, die originär in der Verantwortung der Unternehmen liegen, wurden kaum benannt, was in der Bewertung widerspiegelt, dass die erhobenen Inhalte primär UVT-Leistungen abbilden.

6.3.3.1 Technische Maßnahmen

Technische Maßnahmen der Weiterführenden Betreuung wurden häufig genannt und entsprechen im Kern den Modellvorgaben. Die UVT führten mit hoher Regelmäßigkeit Untersuchungen des Unfallgeschehens durch. Diese wurden von den Berufsgenossenschaften vollständig (100 %) und von den Unfallkassen in 85,7 % benannt. Auch Vor-Ort-Untersuchungen wurden berichtet (BG 28,6 %, UK 57,1 %). Darüber hinaus leiteten die UVT bauliche oder technische Maßnahmen ab, etwa in Form von Auflagen oder Empfehlungen, was von 85,7 % der BG, 71,4 % der UK und 75,0 % der sonstigen Träger genannt wurde. Der Mittelwert über alle genannten technischen Maßnahmen beträgt 58,62 %, was der Note 4 entspricht. Damit sind technische Elemente der Weiterführenden Betreuung im Vergleich zu anderen Phasen relativ gut abgedeckt, was fachlich plausibel ist: Die Analyse des Unfallgeschehens und darauf basierende technische Empfehlungen gehören zum klassischen Aufgabenspektrum der UVT.

6.3.3.2 Organisationale Maßnahmen

Organisatorische Maßnahmen der Weiterführenden Betreuung umfassen Aufgaben wie die Heilverfahrenssteuerung, die Überleitung zu professionellen Hilfen sowie die Untersuchung des Unfallgeschehens. Die UVT benannten diese Inhalte überwiegend im Kontext ihrer eigenen Verantwortlichkeiten. Die Heilverfahrenssteuerung wurde von 28,6 % der BG berichtet. Die Überleitung zu psychotherapeutischen oder traumatherapeutischen Angeboten erfolgte in einzelnen Fällen (UK 28,6 %; BG 28,6 %). Auch hier zeigte sich erneut eine hohe Beteiligung bei der Untersuchung des Unfallgeschehens (BG 100 %; UK 85,7 %). Die Untersuchung vor Ort, als organisatorische Maßnahme der UVT, wurde ebenfalls mehrfach genannt. Der Mittelwert über alle quantifizierbaren organisationalen Maßnahmen beträgt 41,48 % und entspricht der Note 4. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die UVT in der Weiterführenden Betreuungsphase vor allem in ihrer Rolle als Verfahrens- und Prozessverantwortliche agieren und weniger betriebliche Prozessschritte benennen, da diese nicht in ihre Zuständigkeit fallen.

6.3.3.3 Personenbezogene Maßnahmen

Personenbezogene Maßnahmen der Weiterführenden Betreuung, etwa Screening, Monitoring, strukturierte Gruppengespräche, diagnostische Abklärung oder persönliche Begleitung, liegen überwiegend in der Verantwortung betrieblicher oder klinischer Akteure. Die UVT können diese Prozesse anstoßen oder Anlaufstellen vermitteln, übernehmen sie aber nicht selbst. Dies spiegelt sich in den Nennungen: In 28,6 % der Fälle (BG und UK) berichten die UVT, dass sie psychosoziale Unterstützung durch externe Fachkräfte über ihre regulären Überleitungswege ermöglichen. Weitere personenbezogene Modellmaßnahmen wurden nicht genannt, was nicht als mangelnde Umsetzung, sondern als Zuständigkeitsgrenze zu interpretieren ist. Da die UVT für die genannten personenbezogenen Modellmaßnahmen nicht verantwortlich sind, ist eine Bewertung nicht sinnvoll, daher wird dieser Bereich als nicht bewertbar eingestuft. Der dokumentierte Mittelwert von 28,6 % dient rein der deskriptiven Einordnung.

6.3.3.4 Querschnittsbefund

Die Weiterführende Betreuungsphase zeigt ein klar UVT-typisches Muster:

- **Technische und organisatorische Maßnahmen** werden regelmäßig benannt und decken einen relevanten Anteil der modellbasierten Anforderungen ab.
- **Personenbezogene Maßnahmen** werden nur insoweit genannt, wie sie in den Verantwortungsbereich der UVT fallen (Überleitung in externe Fachangebote).

Die Phase erreicht damit insgesamt ein mittleres Niveau an modellkonformen Aktivitäten. Die UVT übernehmen dabei primär jene Aufgaben, die in ihrem gesetzlichen Rahmen verankert sind, während betriebliche Verantwortlichkeiten erwartungsgemäß kaum benannt wurden. Der Gesamtmittelwert der bewerteten Ebenen beträgt damit 50,05 %. Dies entspricht insgesamt der Note 4.

6.3.4 Rehabilitation

Präventions- phase	Rehabilitation außerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse durch Unfallversicherung / Externe ErmittlerErarbeitung von Gegenmaßnahmen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">Untersuchung des Unfallgeschehens durch Prävention/Aufsicht: BG 100 % / UK 85,7 % / FUK 33,3 % / sonst. 50,0 %. Vor-Ort-Untersuchungen bei relevanten Fällen: BG 28,6 % / UK 57,1 % / FUK 33,3 % / sonst. 50,0 %.Ableitung präventiver baulich-technischer Maßnahmen (Auflagen/Empfehlungen): BG 85,7 % / UK 71,4 % / FUK 33,3 % / sonst. 75,0 %. <p>Gesamtmittel: 58,62 %</p>	4

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleiten des Psychotherapeutenverfahrens ▪ Psychotherapie ▪ Beratung durch Reha-Management ▪ Heilverfahrenssteuerung durch Reha-Manager <p>Aufsichtsperson des UVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung und Vermittlung von Informationen ▪ Hilfe bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung ▪ Unterstützung bei der Ausarbeitung eines betriebs-spezifischen Konzepts ▪ Dokumentation Ihrer Aktivitäten 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapeut:innenverfahren/ Probatorik grundsätzlich verfügbar: BG 100 % / UK 100 % / FUK 100 % / sonst. 100 %. (Schnelle Terminwege werden teils explizit genannt.) ▪ Reha-Management/Heilverfahrenssteuerung: BG 28,6 % / UK 42,9 % / FUK 33,3 % / sonst. 50,0 % (Koordination, Abstimmung mit Behandelnden, Einleitung PT-Verfahren). ▪ Steuerungsakteure (je nach Träger): Psychotherapeut:innen, Kliniken, D-/Hausärzte:innen, von BG bis 57,1 %, UK bis 100 %, FUK bis 66,7 %, sonst. bis 100 %. <p>Gesamtmittel: 58,58 %</p>	4

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ längerfristige Heilbehandlung und Rehabilitation (psychisch und physisch) ▪ Eignungsbeurteilung ▪ Neuqualifizierungen ▪ Bildung beruflicher Perspektiven 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulanter/stationärer psychotherapeutischer Zugang: BG ambulant 85,7 %, stationär 71,4 %; UK PT-Verfahren 71,4 %, stationär 57,1 %; FUK stationär 100 %, ambulant 66,7 %; sonst. PT-Verfahren 100 % (mit schneller Vermittlung 50,0 %). 	4
			Gesamtmittel: 54,80 %	

6.3.4.1 Technische Maßnahmen

Die technischen Maßnahmen der außerbetrieblichen Rehabilitation zeigen eine hohe Beteiligung der Unfallversicherungsträger an der Analyse und Ableitung technischer Konsequenzen. Die Untersuchung des Unfallgeschehens erfolgt bei den Berufsgenossenschaften in 100 % der Fälle, bei den Unfallkassen in 85,70 %, bei den Feuerwehr-Unfallkassen in 33,30 % und bei den sonstigen Trägern in 50,00 %. Vor-Ort-Untersuchungen werden je nach Träger in 28,60 - 57,10 % genannt. Die Ableitung baulich-technischer Präventionsmaßnahmen wird von den BG in 85,70 %, den UK in 71,40 %, den FUK in 33,30 % und den sonstigen Trägern in 75,00 % beschrieben. Der Gesamtmittelwert beträgt 58,62 % und entspricht der Note 4.

6.3.4.2 Organisationale Maßnahmen

Im organisatorischen Bereich zeigt sich eine deutliche Fokussierung der UVT auf die Steuerung und Koordination therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen. Psychotherapeutische Verfahren sind bei allen Trägern (BG, UK, FUK, Sonstige) in 100 % verfügbar. Die Heilverfahrenssteuerung wird je nach Träger in 28,60 - 50,00 % genannt. Die Beteiligung weiterer Steuerungsakteure, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kliniken, D-/Hausärztinnen und D-/Hausärzte, reicht bei den BG bis 57,10 %, bei den UK bis 100 %, bei den FUK bis 66,70 % und bei den sonstigen Trägern bis 100 %. Der Gesamtmittelwert liegt bei 58,58 % und entspricht der Note 4.

6.3.4.3 Personenbezogene Maßnahmen

Die personenbezogenen Maßnahmen fokussieren auf die langfristige therapeutische Versorgung und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Der Zugang zu ambulanter oder stationärer Psychotherapie ist bei den BG in 71,40 - 85,70 % gegeben, bei den UK in 57,10 - 71,40 %, bei den FUK in 66,70 - 100 % und bei sonstigen Trägern in 100 % (davon 50,00 % mit explizit schneller Vermittlung). Der Gesamtmittelwert beträgt 54,80 % und entspricht der Note 4.

6.3.4.4 Querschnittsbefund

Die außerbetriebliche Rehabilitation zeigt ein konsistentes und vergleichsweise stabiles Leistungsbild über alle Ebenen hinweg. Alle drei Ebenen erreichen Mittelwerte zwischen 54 und 59 %, was auf eine breit verankerte und strukturell abgesicherte Umsetzung der UVT-Maßnahmen schließen lässt. Die Schwerpunkte liegen klar in der organisationalen Steuerung (Psychotherapie, Heilverfahren, Koordination) sowie in der technischen und prozessualen Analyse nach einem Ereignis (Unfalluntersuchungen, bauliche/technische Empfehlungen). Die personenbezogene Versorgung ist ebenfalls deutlich abgebildet, insbesondere hinsichtlich des gesicherten Zugangs zu psychotherapeutischen Leistungen. Über alle drei Ebenen ergibt sich ein Gesamtmittelwert von 57,33 %, was der Note 4 entspricht. Damit zeigt sich eine solide, aber nicht umfassend vollständige Umsetzung, die den gesetzlichen Kernaufgaben der UVT entspricht, jedoch nicht alle modellbasierten Bausteine vollständig abbildet.

6.3.5 Wiedereingliederung

Präventions- phase	Rehabilitation innerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Bauliche Maßnahmen anpassen▪ Technische Maßnahmen anpassen	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Umsetzung/Anpassung im Betrieb nach Analyse (z. B. Umbauten, technische Nachrüstung): wird als Ergebnis der außerbetrieblichen Untersuchung eingefordert/empfohlen (BG 85,7 % / UK 71,4 % / FUK 33,3 % / sonst. 75,0 %).	3
			Gesamtmittel: 66,35 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell ▪ Reha-Management der UVT ▪ Krankenrückkehrgespräche ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen/Arbeitspsycholog:innen/Betriebsärzt:innen ▪ Anpassung der Gefährdungsbeurteilung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beteiligung der UVT am BEM/Wiedereingliederungsprozess: BG 42,9 % / UK 57,1 % / FUK 66,7 % / sonst. 50,0 % (Teilnahme, Beratung, Schulungen). ▪ Stufenweise Wiedereingliederung / Arbeits- und Belastungserprobung: BG 42,9 % / UK 42,9 % / FUK 33,3 % / sonst. 25,0 %. ▪ Arbeitsplatz-/Tätigkeitsanpassung (Versetzung, Aufgaben/Arbeitsplatz gestalten): BG Versetzung 71,4 %, Arbeitsplatzgestaltung 28,6 %; UK 28,6 %; FUK 33,3 %; sonst. je 25,0 %. ▪ Finanzielle/organisatorische Flankierung (Wiedereingliederungshilfen, Entgeltersatz): BG 42,9 % / UK 28,6 % / FUK 33,3 % / sonst. 25,0 %. ▪ Übergang Reha → Betrieb als „fließend/nahtlos“ beschrieben: BG 57,1 % / UK 42,9 % / sonst. 75,0 %. 	5
			Gesamtmittel: 40,13 %	

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbefragungen durchführen ▪ Kollegiale Prozesse beobachten / achtsames Miteinander fördern ▪ BEM-Gespräche führen ▪ Kollegialen Support fördern ▪ Belastungserprobungen ermöglichen ▪ Stetiger Kontakt zum Arbeitnehmer ▪ Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen ▪ Angebot einer anderen Tätigkeit 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakt/Begleitung zum Arbeitsplatz (psychologische Begleitung, Rückkehrgespräche u. ä.): BG 28,6 % / UK 28,6 % / FUK Ziel „Eingliederung in Hauptberuf“ 66,7 % ▪ Beteiligung der UVT am BEM/Wiedereingliederungsprozess: BG 42,9 % / UK 57,1 % / FUK 66,7 % / sonst. 50,0 % (Teilnahme, Beratung, Schulungen). ▪ Stufenweise Wiedereingliederung / Arbeits- und Belastungserprobung: BG 42,9 % / UK 42,9 % / FUK 33,3 % / sonst. 25,0 %. ▪ . Arbeitsplatz-/Tätigkeitsanpassung (Versetzung, Aufgaben/Arbeitsplatz gestalten): BG Versetzung 71,4 %, Arbeitsplatzgestaltung 28,6 %; UK 28,6 %; FUK 33,3 %; sonst. je 25,0 %. ▪ Übergang Reha → Betrieb als „fließend/nahtlos“ beschrieben: BG 57,1 % / UK 42,9 % / sonst. 75,0 %. 	5
			Gesamtmittel: 28,01 %	

6.3.5.1 Technische Maßnahmen

Die innerbetriebliche Rehabilitation umfasst technische Anpassungen, die nach der außerbetrieblichen Analyse im Unternehmen umgesetzt werden müssen. Dazu gehören Umbauten und technische Nachrüstungen. Diese Maßnahmen werden von den Berufsgenossenschaften in 85,70 %, von den Unfallkassen in 71,40 %, von den Feuerwehr-Unfallkassen in 33,30 % und von den sonstigen Trägern in 75,00 % berichtet. Der Gesamtmittelwert beträgt 66,35 % und entspricht der Note 3.

6.3.5.2 Organisationale Maßnahmen

Die organisatorische Ebene bildet den Kern der innerbetrieblichen Wiedereingliederung. Die Beteiligung der UVT am BEM-Prozess wird je nach Träger mit 42,90 - 66,70 % angegeben. Stufenweise Wiedereingliederung und Belastungserprobungen liegen zwischen 25,00 und 42,90 %. Die Anpassung von Arbeitsplätzen oder Tätigkeiten wird von den BG mit bis zu 71,40 % genannt, bei den UK und FUK mit 28,60 - 33,30 %, bei sonstigen Trägern mit 25,00 %. Finanzielle oder organisatorische Unterstützungsmaßnahmen variieren zwischen 25,00 und 42,90 %. Der Übergang von der Rehabilitation zurück in den Betrieb wird in 42,90 - 75,00 % der Fälle als nahtlos beschrieben. Der Gesamtmittelwert liegt bei 40,13 % und entspricht der Note 5.

6.3.5.3 Personenbezogene Maßnahmen

Personenbezogene Maßnahmen adressieren die direkte Unterstützung der betroffenen Beschäftigten im Wiedereingliederungsprozess. Die Begleitung zurück an den Arbeitsplatz wird von BG und UK in 28,60 % genannt, von den FUK in 66,70 %. Die Beteiligung der UVT am BEM liegt zwischen 42,90 und 66,70 %. Stufenweise Wiedereingliederung bewegt sich zwischen 25,00 und 42,90 %. Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanpassungen liegen bei den BG bei bis zu 71,40 % und bei den übrigen Trägern bei 25,00 - 33,30 %. Der nahtlose Übergang von der medizinischen Rehabilitation in den Betrieb wird in 42,90 - 75,00 % berichtet. Der Gesamtmittelwert beträgt 28,01 % und entspricht der Note 5.

6.3.5.4 Querschnittsbefund

Die innerbetriebliche Rehabilitation zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Ebenen. Während technische Anpassungen mit einem Mittelwert von 66,35 % (Note 3) vergleichsweise solide umgesetzt werden, fallen die organisationalen Maßnahmen mit 40,13 % (Note 5) und die personenbezogenen Maßnahmen mit 28,01 % (Note 5) deutlich schwächer aus. Die technische Ebene profitiert erkennbar von klaren Vorgaben und Ergebnissen der außerbetrieblichen Unfallanalyse. Die organisatorische und personenbezogene Ebene hingegen zeigt eine starke Heterogenität, was auf Unterschiede in internen Ressourcen, Strukturen und Verantwortlichkeiten der Unternehmen schließen lässt. Besonders die Elemente, die im Modell vorausgesetzt werden (z. B. psychosoziale Nachbetreuung, kollegiale Unterstützung, Gefährdungsbeurteilungsanpassungen), werden nur vereinzelt genannt. Über alle drei Ebenen ergibt sich ein durchschnittlicher Gesamtmittelwert von 44,83 %, was insgesamt der Note 4 entspricht. Damit wird der Mindeststandard zwar erfüllt, die Umsetzung bleibt jedoch weit unter den modellbasierten Anforderungen und zeigt klar definierte Entwicklungsbedarfe insbesondere im organisationalen und personenbezogenen Bereich.

6.4 Teilprojekt 3: Sichtweise der Betroffenen betreut durch ehrenamtliche PSNV-B-Kräfte

6.4.1 Akuthilfe

Präventionsphase	Akuthilfe (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löscheinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprocederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung/Notfallprocedere: Alarmierung überwiegend über Leitstelle 84,6 %, „andere“ 15,4 %. ▪ Einsatzumfeld: U-Einsätze praktisch nicht im häuslichen Bereich (3,4 % „ja“), Schwerpunkt ÖPNV 63,3 % bzw. „anderer öffentlicher Bereich“ 26,7 %, klarer Arbeits-/Betriebskontext. ▪ Anwesenheit weiterer Akteure: Rettungsdienst 76,7 %, Notarzt 63,3 %, Feuerwehr 56,7 %, andere Einsatzkräfte 43,3 % ▪ Timeliness/Personaleinsatz PSNV: Betreuung „rechtzeitig“ 86,7 %; Zahl der PSNV-Kräfte „genau richtig“ 86,7 %, „zu gering“ 13,3 %. ▪ Betreuungsdauer: Median 01:17 h (häufige Kategorie 01:01 – 01:30 h 25,9 %). 	2
			Gesamtmittel: 78,11 %	

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/ Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit vermitteln 92,6 % • Bedürfnisse wahrnehmen/erfüllen 92,9 % • Kinder berücksichtigen: meist „nicht indiziert“ 77,8 % • Fakten & Erwartbares vermitteln 100,0 % • Ergebnisindikatoren am Betreuungs-ende: Zeit-/Raum-Orientierung „maximal“ 92,0 % • Gesamterfolg der Betreuung (Selbsteinschätzung PSNV): „maximal“ 76,7 % (U). <p>Gesamtmittel: 87,50 %</p>	2

6.4.1.1 Technische Maßnahmen

Die Bewertung der Akuthilfe aus Sicht der durch PSNV-B-Teams betreuten Betroffenen zeigt ein deutlich positives Bild, obwohl die Teams formal nicht für die Umsetzung der im Modell geforderten Akutmaßnahmen verantwortlich sind. Die technische Ebene bleibt folgerichtig unbewertbar, da Infrastruktur und Notfalltechnik in die Zuständigkeit der Unternehmen bzw. der Rettungskette fallen.

6.4.1.2 Organisatorische Maßnahmen

Auf organisationaler Ebene lässt sich eine hohe Einsatzqualität feststellen. Obwohl PSNV-B-Teams nicht für Alarmierung, Notfallprozeduren oder UVT-Prozesse verantwortlich sind, spiegeln die Daten zentrale Qualitätsindikatoren wider: In 84,6 % der Fälle erfolgte eine strukturierte Alarmierung über die Leitstelle, die zeitgerechte Betreuung wurde in 86,7 % bestätigt und die Teamstärke in 86,7 % als passend bewertet. Zusammen mit der hohen Kooperationsrate mit Rettungsdienst, Feuerwehr und Notärzten ergibt sich ein Gesamtmittel von 79,11 % (Note 2).

6.4.1.3 Personenbezogene Maßnahmen

Die personenbezogene Ebene zeigt ein noch klareres Bild. Sicherheit, Bedürfnisorientierung, Psychoedukation und Orientierung werden von 92 - 100 % der Betroffenen bestätigt. Diese Faktoren gelten als zentrale Wirkmechanismen psychosozialer Akuthilfe und sind unmittelbar entscheidend für die Prävention akuter Belastungsfolgen. Einschränkungen zeigen sich erwartungsgemäß bei der vollständigen Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit (60 %), was jedoch in der Akutphase realistisch und fachlich nachvollziehbar ist. Insgesamt ergibt sich ein sehr gutes Ergebnis von 87,50 % (Note 2).

6.4.2 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)			Bewer- tung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen		Nicht bewertbar, da nicht zuständig.
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Weiterführende Betreuung durch Kolleg:innen 53,6 %, „durch andere“ (nicht-seelsorglich) 10,7 %▪ Benannte Angebote/Hilfswege: genannt wurden u. a. Münchner Insel 17,9 %, MVG-Sozialberatung 17,9 %, Krisen-Interventionsteam 15,4 %, Telefonseelsorge 7,7 %, Krisendienst 7,7 %, Traumaambulanz 5,1 %, MUT 7,7 %, D-Arzt 2,6 %, interne SWM-Angebote 2,6 %	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führungskräfteberatung 			
Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen			
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung / Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Die Weiterführende Betreuungsphase zeigt erwartungsgemäß eine starke Diskrepanz zwischen den im Modell definierten Anforderungen und den tatsächlich berichteten Maßnahmen. PSNV-B-Teams sind in dieser Phase nicht verantwortlich für organisatorische oder technische Aktivitäten wie UVT-Meldungen, Heilverfahrenssteuerung oder Unfalluntersuchungen. Entsprechend lassen sich weder die technische Ebene noch die organisationale Ebene inhaltlich bewerten. Die im Datensatz genannten Anlaufstellen, wie Münchner Insel, MVG-Sozialberatung, Krisen-Interventionsteam, Telefonseelsorge oder Traumaambulanz, dokumentieren primär das eigenständige Weiterverhalten der Betroffenen, nicht jedoch Maßnahmen, die von PSNV-B-Teams gesteuert oder geleistet würden. Auch die Weiterbetreuung durch Kolleginnen und Kollegen (53,6 %) zählt nicht zu originären Aufgaben der PSNV-B.

6.4.2.1 Personenbezogene Maßnahmen

Auf der personenbezogenen Ebene findet sich dasselbe Muster. Die Modellvorgaben für die Weiterführende Betreuungsphase umfassen diagnostische Schritte, Monitoring, Screening oder strukturierte Gruppenangebote. Keines dieser Elemente wird durch PSNV-B-Teams erbracht, da diese ausschließlich für die Akuthilfe zuständig sind und nach Abschluss des Einsatzes nicht in die diagnostische oder therapeutische Weiterführende Betreuung eingebunden werden. Die genannten Weiterführende Betreuungskontakte der Betroffenen spiegeln deshalb eher die Vielfalt spontan genutzter Angebote wider, nicht jedoch Leistungen der PSNV-B.

6.4.2.2 Querschnittsbefund

Insgesamt bleibt die Weiterführende Betreuungsphase daher auf allen drei Ebenen nicht bewertbar, weil die genannten Maßnahmen nicht den Modellanforderungen entsprechen und PSNV-B-Teams hier strukturell nicht in der Verantwortung stehen.

6.5 Teilprojekt 3: Sichtweise der ehrenamtlichen PSNV-B-Kräfte

6.5.1 Akuthilfe

Präventions- phase	Akuthilfe (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löschleinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungskräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprozederes, Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung über Leitstelle 84,6 %. ▪ Durchführung vor Ort 97,1 %. ▪ Rettungsdienst vor Ort 76,7 %, Notärztin/Notarzt 63,3 %, Feuerwehr 56,7 %. ▪ Betreuung rechtzeitig 86,7 %. ▪ PSNV-Teamstärke „genau richtig“ 86,7 %. ▪ Betreuungsdauer Median 01:17 h (häufigste Kategorie 01:01 – 01:30 h 25,9 %). 	2
			Gesamtmittel: 79,11 %	

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/ Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherheit vermittelt 92,6 %. ▪ Bedürfnisse wahrgenommen/erfüllt 92,9 %. ▪ Fakten und Erwartbares vermittelt 100,0 %. ▪ Orientierung am Ende „maximal“ 92,0 %. ▪ Handlungsfähigkeit am Ende „maximal“ 60,0 %. <p>Gesamtmittel: 87,50 %</p>	2

6.5.1.1 Technische Maßnahmen

Technische Maßnahmen wie Rettungswege, Erste-Hilfe-Ausstattung oder Warn- und Signaleinrichtungen liegen vollständig in der Verantwortung der Unternehmen. Die PSNV-B-Teams haben hier keinerlei Zuständigkeit oder Einflussmöglichkeiten. Eine Bewertung ist nicht möglich und nicht sinnvoll.

6.5.1.2 Organisationale Maßnahmen

Im organisatorischen Bereich zeigen die ehrenamtlichen PSNV-B-Teams eine hohe Einsatzqualität. Die Alarmierung über die Leitstelle erfolgt in 84,6 % der Fälle, in 97,1 % sind die Teams tatsächlich vor Ort im Einsatz. Die Zusammenarbeit mit Rettungsdienst (76,7 %), Notärztinnen und Notärzten (63,3 %) sowie der Feuerwehr (56,7 %) ist breit etabliert. Die Betreuung wird in 86,7 % der Einsätze als rechtzeitig beschrieben, und die eingesetzte Teamstärke wird ebenfalls in 86,7 % als angemessen bewertet. Die Betreuungsdauer liegt im Median bei 1:17 Stunden. Der Gesamtmittelwert der organisationalen Ebene beträgt 79,11 % und wird als Note 2 eingeordnet.

6.5.1.3 Personenbezogene Maßnahmen

Die personenbezogenen Maßnahmen spiegeln die Kernkompetenz der PSNV-B-Teams am unmittelbarsten wider. In 92,6 % der Einsätze wird Sicherheit vermittelt, Bedürfnisse werden in 92,9 % wahrgenommen und erfüllt, und Fakten sowie erwartbare Reaktionen werden in 100 % der Fälle weitergegeben. Am Einsatzende berichten 92,0 % der Betroffenen maximale Orientierung; die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit liegt bei 60,0 %, ein erwartbarer Wert, da dies stark von der Belastungsintensität abhängt. Der Gesamtmittelwert beträgt 87,50 %, was ebenfalls der Note 2 entspricht.

6.5.1.4 Querschnittsbefund

Da technische Maßnahmen nicht bewertet werden können, basiert die Gesamtbewertung ausschließlich auf den organisationalen und personenbezogenen Ebenen. Der Durchschnitt dieser beiden Bereiche liegt bei 83,31 %, was der Note 2 entspricht. Die Ergebnisse zeigen, dass die PSNV-B-Teams als freiwillige Zusatzressource eine sehr hohe Qualität in der psychosozialen Akuthilfe bereitstellen, und das, obwohl sie in dieser Phase keine formale Zuständigkeit haben.

6.5.2 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)			Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren			Nicht be- wertbar, da nicht zu- ständig.
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen		

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation ▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT ▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren ▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt ▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens ▪ Führungskräfteberatung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachforderung weiterer Betreuung ≈ 10 % (mehrheitlich > 3 Tage nach Ersteinsatz) ▪ Weiterbetreuung durch Kolleginnen/Kollegen 53,6 %. ▪ „Andere“ nicht-seelsorgliche Stellen 10,7 %. ▪ Genannte Anlaufstellen: Münchner Insel 17,9 %, MVG-Sozialberatung 17,9 %, Krisen-Interventionsteam 15,4 %, Telefonseelsorge 7,7 %, Krisendienst 7,7 %, Traumaambulanz 5,1 %, MUT 7,7 %, Durchgangsarzt 2,6 %, interne SWM-Angebote 2,6 %. 	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung / Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbetreuung durch Kolleginnen/Kollegen 53,6 %. ▪ „Andere“ nicht-seelsorgliche Stellen 10,7 %. ▪ Genannte Anlaufstellen: Münchner Insel 17,9 %, MVG-Sozialberatung 17,9 %, Krisen-Interventionsteam 15,4 %, Telefonseelsorge 7,7 %, Krisendienst 7,7 %, Traumaambulanz 5,1 %, MUT 7,7 %, Durchgangsarzt 2,6 %, interne SWM-Angebote 2,6 %. 	<p>Nicht bewertbar, da nicht zuständig</p>

In der Weiterführende Betreuungsphase zeigt sich deutlich, dass die Aufgaben der ehrenamtlichen PSNV-B-Teams nur sehr begrenzt mit den im Modell vorgesehenen Anforderungen übereinstimmen. Die Phase ist im Arbeitsschutz primär auf die Verantwortlichkeiten der Unternehmen sowie der Unfallversicherungsträger ausgerichtet, einschließlich Unfallanalyse, Heilverfahrenssteuerung, Diagnostik, Monitoring, Überleitung in professionelle Behandlung und Anpassung technischer oder organisatorischer Maßnahmen. PSNV-B-Teams sind in diesen Prozessen nicht eingebunden und tragen dafür weder Auftrag noch Zuständigkeit. Deshalb sind technische und organisationale Modellmaßnahmen in dieser Phase für PSNV-B-Teams nicht bewertbar.

6.5.2.1 Organisatorische Maßnahmen

Auf organisatorischer Ebene wurden zwar einzelne Parameter berichtet, etwa Nachforderungen weiterer Betreuung ($\approx 10\%$), oft mehr als drei Tage nach dem Erstkontakt. Ebenso wurden in knapp der Hälfte der Fälle weiterführende Unterstützungsangebote genutzt, darunter kollegiale Betreuung (53,6 %) oder niedrigschwellige externe Anlaufstellen wie die Münchner Insel, Sozialberatung oder Krisendienste. Diese Angaben beschreiben jedoch nicht die Erfüllung der modellhaften Maßnahmen, sondern spiegeln die Weiterleitung oder Ergänzungsprozesse wider, die im Rahmen der freiwilligen Unterstützungsfunktion der PSNV-B-Teams stattfinden. Sie sind daher nicht mit den im Modell vorgesehenen betrieblichen oder UVT-gesteuerten Maßnahmen gleichzusetzen und werden folglich nicht bewertet.

6.5.2.2 Personenbezogene Maßnahmen

Auch auf personenbezogener Ebene weichen die tatsächlichen Leistungen deutlich vom Modell ab. Screening, Diagnostik, strukturierte Gruppensitzungen, Traumaabklärung, stationäre Aufnahme oder Monitoring gehören explizit zur professionellen Gesundheitsversorgung und nicht zu den Aufgaben ehrenamtlicher Teams. Die genannten tatsächlichen Maßnahmen, kollegiale Betreuung, psychosoziale Orientierung, Nutzung externer niedrigschwelliger Angebote, können zwar als unterstützende Elemente verstanden werden, erfüllen jedoch nicht die im Modell definierten Anforderungen. Auch hier ist daher eine sachgerechte Bewertung nicht möglich.

6.5.2.3 Querschnittsbefund

Die Weiterführende Betreuungsphase bleibt somit konsequenterweise gesamt nicht bewertbar, da die vorliegenden Tätigkeiten der PSNV-B-Teams nicht mit den modellhaften Anforderungen vergleichbar sind und außerhalb ihrer Zuständigkeit liegen.

6.6 Teilprojekt 4: Sichtweise der externen Anbietenden

6.6.1 Prävention

Präventions- phase	Prävention (Primärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	Gefahren am Entstehungsort beseitigen / Risiko verringern		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Einrichtung und Kennzeichnung von Notausgängen▪ Vorhalten von Überwachungs- und Notfalleinrichtungen▪ Räumliche Trennung z. B. in Form von Schutzwänden oder durch die Gestaltung von Büroräumen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen

Ziele	einen Notfall im Unternehmen verhindern, das Unternehmen auf einen möglichen Notfall vorbereiten			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Alleinarbeit ▪ Beschränkter Zutritt für potenziell gefährliche Bereiche ▪ Schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten sowie interner und externer Meldewege bei Notfällen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Informationsweitergabe und Aushänge zum psychosozialen Notfallplan an zentraler Stelle ▪ Betriebliches Konzept zur psychosozialen Betreuung von Beschäftigten bei und nach Notfällen ▪ Klarheit über Ressourcen und Zuständigkeiten für eine psychosoziale Betreuung im Notfall ▪ Ausbildung betrieblich psychologischer Erstbetreuer:innen 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzeptionelle Unterstützung Notfallmanagement / Notfall- und Krisenpläne 21,74 %. ▪ Implementierung von Krisenmanagement 4,35 %. ▪ Beratung zu Notfallprozessen und -strukturen 4,35 %. ▪ Gefährdungsbeurteilung Psyche 4,35 %. ▪ Schulungen/Ausbildungen gesamt 86,96 %. 	6

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

- Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger zur Umsetzung eines psychosozialen Betreuungskonzeptes im Unternehmen
- Festlegung von Maßnahmen für die betriebliche Wiedereingliederung
- Führungskräfte Schulung zum Umgang mit potenziellen psychischen Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen
- Analyse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsunfällen und belastenden Ereignissen
- Aufnahme möglicher psychischer Gesundheitsgefährdungen bei Notfällen in die Arbeitsplatzbeschreibung

Gesamtmittel: 8,70 %

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen

Ziele	<p>Alle beteiligten Personen auf einen möglichen Notfall vorbereiten</p> <p>traumatische Ereignisse und Gesundheitsschäden verhindern bzw. Folgen gering halten</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung aller Akteure ▪ Qualifizierung sichern/ Führungskräfteschulungen ▪ Unterweisungen nach §9 ArbSchG ▪ Unterweisung zum psychosozialen Betreuungskonzept ▪ Unterweisung zum Verhalten & zur Weiterführende Betreuung von Situationen mit potenzieller psychischer Gesundheitsgefährdung ▪ Überprüfung oder Kontrolle der Einhaltung von Sicherheitsvorschriften 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulungen/Ausbildungen gesamt 86,96 %. ▪ Seminare/Workshops/Trainings für Mitarbeitende 39,13 %. ▪ Ausbildung Psychologische Erste Hilfe (PEH/PSAH) 17,39 %. ▪ Ausbildung betrieblich-psychologische Erstbetreuung / bpE 17,39 %. ▪ Schulungen für Führungskräfte 17,39 %. ▪ Peerqualifikation / peerbezogene Angebote 17,39 %. ▪ Vorträge 8,70 %. ▪ Gespräche/Einzelgespräche bei sich anbahnenden Krisen 8,70 %. ▪ Sonstige Qualifizierungen (z. B. Resilienz, MHFA, interne Trauerteams) 13,04 %. ▪ Passungsprozess für Peers 4,35 %. ▪ Supervision von Erstbetreuenden 4,35 %. ▪ Schriftliche Empfehlungen/Infomaterial 4,35 %. ▪ E-Learning/Webinare zu Stress/Psychie 4,35 %. 	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)



6.6.1.1 Technische Maßnahmen

Die technische Ebene ist erwartungsgemäß nicht bewertbar, da externe Anbietende keine baulichen oder technischen Maßnahmen verantworten. Diese Aufgaben liegen ausschließlich beim Unternehmen selbst und fallen nicht in das Leistungsportfolio externer PSNV-Dienstleister.

6.6.1.2 Organisatorisch Maßnahmen

Auf der organisationalen Ebene zeigen die Daten, dass externe Akteure nur selektiv eingebunden werden. Etwa ein Fünftel der Anbieter unterstützt Unternehmen konzeptionell beim Aufbau von Notfall- oder Krisenmanagementstrukturen, während operative Prozessberatung, Krisenmanagementimplementierung oder die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen jeweils nur von einzelnen Anbietern erbracht werden. Der Gesamtmittelwert von 8,70 % spiegelt wider, dass externe Dienstleister zwar punktuell unterstützen, die umfassenden Organisationsanforderungen des Modells jedoch überwiegend unternehmensintern liegen. Die Umsetzungstiefe bleibt damit gering, was einer Bewertung mit Note 5 entspricht.

6.6.1.3 Personenbezogene Maßnahmen

Deutlich stärker vertreten sind personenbezogene Maßnahmen. Externe Anbieter agieren hier traditionell am intensivsten, was sich in einem hohen Anteil an Schulungen, Trainings, Ausbildungen und Peerqualifizierungen zeigt. Nahezu 87 % bieten umfassende Qualifizierungsmaßnahmen an, und ein breites Spektrum an psychosozialen Bildungsformaten ergänzt dieses Angebot. Dennoch decken diese Maßnahmen nur einen Teil der modellseitig geforderten Bandbreite ab, insbesondere Unterweisungen, strukturierte Unterrichtung betriebseigener Notfallkonzepte und systematische Einbindung ins betriebliche Arbeitsschutzsystem fehlen fast vollständig. Mit einem Gesamtmittel von 19,05 % ergibt sich auch hier eine Note 5.

6.6.1.4 Querschnittsbefund

Über die gesamte Primärpräventionsphase hinweg erreichen externe Anbietende ein durchschnittliches Umsetzungsniveau von 13,88 %, was der Note 6 entspricht. Dieses Ergebnis ist erwartbar, weil externe PSNV-Anbietende strukturell nur punktuelle Unterstützungsleistungen übernehmen, während der Großteil der Modellanforderungen, insbesondere technische und organisationale Maßnahmen, vollständig in der Verantwortung der Unternehmen liegt.

6.6.2 Akuthilfe

Präventions- phase	Akuthilfe (Sekundärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, Auswirkungen reduzieren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rettungswege▪ Räume und Ausrüstung zur Versorgung vorhalten▪ Nutzung innerbetrieblicher und externer Meldewege▪ Erste-Hilfe Material▪ Löscheinrichtungen▪ Warn- und Signaleinrichtungen▪ Überfallmeldeanlagen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alarmierung von Rettungs Kräften und betrieblichen Ersthelfern ▪ Ingangsetzen des Notfallprocederes, ▪ Informationsweitergabe an die Arbeitnehmer:innen ▪ Angehörige informieren ▪ Klinikaufnahme oder Zuführung zum D-Arzt von Verletzten ▪ schnellstmögliche Unfallanzeige an UVT wegen psychischer Gesundheitsgefährdung 	Maßnahmen		Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren;</p> <p>Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern; Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieblich, psychologische Erstbetreuung ▪ Externe psychologische Erstbetreuung ▪ Informationsvermittlung/Unterstützung ▪ Begleitung in das private Umfeld 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führungskräfteberatung 17,39 % (4/23). ▪ Krisenintervention/PSNV/Krisenmanagement 13,04 % (3/23). ▪ Krisenkommunikation 4,35 % (1/23). ▪ Anliegenklärung (ad-hoc Auftragsklärung) 4,35 % (1/23). ▪ Bedarfserhebung 4,35 % (1/23). ▪ Akutinterventionen 21,74 % (5/23). ▪ Gespräche/Gesprächsangebote 17,39 % (4/23). ▪ Stabilisierung 8,70 % (2/23). ▪ Psychoedukation 8,70 % (2/23). ▪ Ressourcenaktivierung/-vermittlung 4,35 % (1/23). ▪ Befund/Diagnose/therapeutische Maßnahme 4,35 % (1/23). <p>Gesamtmittel: 9,49 %</p>	6

In der Akuthilfephase zeigen sich bei externen Anbietenden klare Zuständigkeitsgrenzen. Technische und organisatorische Maßnahmen können in diesem Kontext nicht bewertet werden, da diese vollständig in der Verantwortung der Unternehmen liegen und nicht Teil des Leistungsmandats externer psychosozialer Fachkräfte sind.

6.6.2.1 Personenbezogene Maßnahmen

Die personenbezogenen Maßnahmen bilden hingegen den Kern ihrer Tätigkeit. Hier berichteten die Anbieter ein breites Spektrum an unmittelbaren Interventionsformen, das inhaltlich gut zu klassischen Akuthilfeprozessen passt: Akutinterventionen (21,74 %) und Gesprächsangebote (17,39 %) stellen die häufigsten Maßnahmen dar, gefolgt von Führungskräfteberatung (17,39 %), Krisenintervention oder Krisenmanagement (13,04 %) sowie stabilisierenden Maßnahmen (8,70 %). Psychoedukation (8,70 %), Ressourcenaktivierung (4,35 %), ad-hoc-Anliegenklärung und Bedarfserhebung (je 4,35 %) ergänzen das Repertoire. Einzelne Fälle umfassten diagnostische oder therapeutische Schritte (4,35 %).

6.6.2.2 Querschnittsbefund

Trotz dieser inhaltlichen Breite entspricht das Gesamtbild nur einem begrenzten Anteil der im Modell vorgesehenen personenbezogenen Akuthilfemaßnahmen. Wesentliche Modellanforderungen, wie strukturierte Erstbetreuung im betrieblichen Kontext, systematische Risikoidentifikation oder koordinierte Begleitung in das private Umfeld, liegen nicht im Verantwortungsbereich externer Anbieter und können daher nicht umgesetzt werden. Der durchschnittliche Erfüllungsgrad liegt bei 9,49 %, was der Note 6 entspricht. Diese Bewertung spiegelt keine qualitative Aussage über die tatsächlich geleistete psychosoziale Arbeit wider, sondern die strukturelle Diskrepanz zwischen dem Modell und dem spezifischen Mandat externer Anbieter.

6.6.3 Weiterführende Betreuung

Präventions- phase	Weiterführende Betreuung (Sekundärprävention)			Bewer- tung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Die Auswirkungen des Notfalls reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse▪ Anpassung der technischen und baulichen Gegebenheiten	Maßnahmen		Nicht be- wertbar, da nicht zu- ständig.
Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Unfallmeldung an den UVT / Dokumentation▪ Heilverfahrenssteuerung durch den UVT▪ Weiteren Unterstützungsbedarf analysieren▪ Überleitungswege in professionelle Hilfen sicherstellen, ggf. Facharzt▪ Untersuchungen des Unfallgeschehens▪ Führungskräfteberatung	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Beratung (Einzel/Teams/Führung) 21,74 % (5/23).▪ Vermittlung/Überleitung in weitere Hilfe/Therapie 17,39 % (4/23).▪ Engmaschige Begleitung Ansprechpersonen/Verantwortliche „nach Bedarf“ 13,04 % (3/23).▪ Zielgruppe Führungskräfte explizit 17,39 % (4/23). <p>Gesamtmittel: 17,39 %</p>	5

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	<p>auf Notfall vorbereitet sein, diesen erfolgreich bewältigen, Auswirkungen reduzieren; Betroffene versorgen, stabilisieren und Verschlimmerung der psychischen Situation verhindern Orientierung und Sicherheit vermitteln</p>			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Erstbetreuung (intern oder extern) (bis 48 Stunden nach Ereignis) ▪ strukturierte Gruppensitzungen zum Austausch über das Geschehene⁸ (Bsp.: DISD) ▪ Screening/Identifizierung von Hochrisikopersonen ▪ Monitoring, Früherkennung psychischer Störungen (Diagnostik) ▪ Stationäre Aufnahme / gezielte Diagnostik ▪ Beratung/Unterstützung/ persönliche Besuche durch Reha-Manager des UVTs 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprächs-/Auffang-/Weiterführende Betreuungsgespräche 26,09 % (6/23). ▪ Psychoedukation 8,70 % (2/23). ▪ Debriefing 4,35 % (1/23). ▪ Traumaweiterführende Betreuungsprogramm 4,35 % (1/23). ▪ Ressourcenaktivierung 4,35 % (1/23); Reframing 4,35 % (1/23); Exposition 4,35 % (1/23); Screening 4,35 % (1/23). ▪ (teils weiterhin) Akutintervention/Stand-by 17,39 % (4/23). <p>Gesamtmittel: 12,32 %</p>	6

In der Weiterführende Betreuungsphase zeigt sich erneut, dass externe Anbieter innerhalb eines klar begrenzten Mandats agieren. Technische und organisatorische Modellmaßnahmen, wie die Untersuchung eines Unfallgeschehens, Heilverfahrenssteuerung oder das Einleiten fachärztlicher Weiterbehandlungen, liegen vollständig außerhalb ihres Verantwortungsbereichs und sind daher nicht bewertbar.

6.6.3.1 Organisatorische Maßnahmen

Die einzigen anschlussfähigen organisationalen Aktivitäten betreffen die Beratung von Führungskräften sowie die Unterstützung bei der Orientierung im weiteren Prozess. Diese wurden in einzelnen Fällen erbracht (Führungskräfteberatung 17,39 %, Beratungs- und Überleitungsschritte 17,39 %, engmaschige Begleitung 13,04 %). Da diese Leistungen jedoch nur einen kleinen Ausschnitt der modellhaften Anforderungen abdecken und der überwiegende Teil der organisationalen Aufgaben ausschließlich der Unternehmen oder UVT zugeordnet ist, bleibt die organisationale Ebene insgesamt nicht bewertbar.

6.6.3.2 Personenbezogene Maßnahmen

Deutlich wird das typische Profil externer psychosozialer Anbieter auf der personenbezogenen Ebene. Hier wurde ein breites Spektrum niedrigschwelliger stabilisierender und beraterischer Maßnahmen umgesetzt: Gesprächs- und Weiterführende Betreuungformate (26,09 %), Akutinterventionsanteile (17,39 %), Psychoedukation (8,70 %), Debriefing, traumabearbeitende Elemente sowie Screening und Ressourcenaktivierung (jeweils 4,35 %). Diese Maßnahmen passen funktional zur Weiterführende Betreuungsphase, decken jedoch nur einen kleinen Teil des formalen Modells ab, das unter anderem strukturierte Gruppenverfahren, systematisches Monitoring oder klinische Diagnostik vorsieht, Leistungen, die externe Anbieter nicht übernehmen können.

6.6.3.3 Querschnittsbefund

Der gemittelte Erfüllungsgrad liegt deshalb bei 14,86 %, was der Note 5 entspricht. Die Bewertung reflektiert nicht die Qualität der geleisteten Interventionen, sondern ausschließlich der strukturellen Diskrepanz zwischen Modellanforderungen und dem realistischen Aufgabenprofil externer psychosozialer Unterstützungsangebote.

6.6.4 Rehabilitation

Präventions- phase	Rehabilitation außerbetrieblich (Tertiärprävention)		Bewertung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen			
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren		
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ursachenbeurteilung und -analyse der Prozesse durch Unfallversicherung / Externe Ermittler▪ Erarbeitung von Gegenmaßnahmen	Maßnahmen	Nicht bewertbar, da nicht zuständig.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleiten des Psychotherapeutenverfahrens ▪ Psychotherapie ▪ Beratung durch Reha-Management ▪ Heilverfahrenssteuerung durch Reha-Manager <p>Aufsichtsperson des UVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung und Vermittlung von Informationen ▪ Hilfe bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung ▪ Unterstützung bei der Ausarbeitung eines betriebsspezifischen Konzepts ▪ Dokumentation Ihrer Aktivitäten 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung/Überleitung in Reha/Traumaambulanzen/weiterführende Hilfen: 8,70 % (2/23). • Beratung zu Versorgungsleistungen/-ansprüchen (z. B. Pflegeberatung) u. ä.: 21,74 % (5/23); davon Unternehmens-/Führungskräftefokus: 13,04 % (3/23). • Evaluations-/Auswertungsgespräch (z. B. nach 3 Monaten): 4,35 % (1/23). <p>Gesamtmittel: 15,94 %</p>	5

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ längerfristige Heilbehandlung und Rehabilitation (psychisch und physisch) ▪ Eignungsbeurteilung ▪ Neuqualifizierungen ▪ Bildung beruflicher Perspektiven 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • (Psycho)therapeutische Weiterführende Betreuung/traumatherapeutische Versorgung: 8,70 % (2/23). <p>Gesamtmittel: 8,70 %</p>	6

Die Ergebnisse zeigen klar, dass externe psychosoziale Anbieter in der außerbetrieblichen Rehabilitation strukturell nur einen sehr kleinen Teil der im Modell vorgesehenen Maßnahmen abdecken können. Das liegt nicht an der Qualität der Arbeit, sondern daran, dass nahezu alle Kernaufgaben, Heilverfahrenssteuerung, Einleitung des Psychotherapeutenverfahrens, Reha-Management, Gefährdungsbeurteilung, Dokumentation, betriebliche Wiedereingliederung, ausschließlich in der Verantwortung der Unfallversicherungsträger und der medizinisch-therapeutischen Versorgung liegen.

6.6.4.1 Organisatorische Maßnahmen

Auf organisationaler Ebene decken externe Anbieter nur ergänzende Leistungen ab, z. B. die Überleitung in weiterführende Hilfen (8,70 %), Beratungen zu Versorgungsleistungen (21,74 %) sowie einzelne Evaluationsgespräche (4,35 %). Daraus ergibt sich ein mittlerer Erfüllungsgrad von 15,94 %, entsprechend einer Note 5.

6.6.4.2 Personenbezogene Maßnahmen

Auf personenbezogener Ebene liegt der Fokus fast ausschließlich auf der Vermittlung bzw. Anbahnung therapeutischer Weiterführende Betreuung (8,70 %). Langfristige Rehabilitationsmaßnahmen, Eignungsfeststellungen oder berufliche Reintegration sind hier nicht leistbar. Der Erfüllungsgrad beträgt 8,70 %, was der Note 6 entspricht.

6.6.4.3 Querschnittsbefund

Über alle relevanten Maßnahmen hinweg ergibt sich für die außerbetriebliche Rehabilitation durch externe psychosoziale Anbieter ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 12,32 % mit der Note 6. Die Bewertung reflektiert damit keine mangelhafte Qualität der erbrachten Leistungen, sondern die klare Diskrepanz zwischen Modellanforderungen und den realen Zuständigkeiten externer Anbieter. Die externen Akteure arbeiten korrekt im Rahmen ihres Mandats, das Modell bewertet hier jedoch einen Aufgabenbereich, der nicht zu ihren originären Pflichten gehört.

6.6.5 Wiedereingliederung

Präventions- phase	Rehabilitation innerbetrieblich (Tertiärprävention)			Bewer- tung
Arbeitsschutzebene: Technik / technische Maßnahmen				
Ziele	Anpassung der Maßnahmen zur Beseitigung von aufgetretenen Gefahren			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">▪ Bauliche Maßnahmen anpassen▪ Technische Maßnahmen anpassen	Maßnah- men		Nicht be- wertbar, da nicht zuständig.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Organisation / organisatorische Maßnahmen				
Ziele	Voraussetzungen für die betriebliche Wiedereingliederung schaffen			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell ▪ Reha-Management der UVT ▪ Krankenrückkehrgespräche ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ▪ Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen/Arbeitspsycholog:innen/Betriebsärzt:innen ▪ Anpassung der Gefährdungsbeurteilung 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebote mit Bezug auf Wiedereingliederung (Vorbereitung/Planung/Unterstützung, inkl. BEM-Bezug): 30,43 % (7/23). ▪ Begleitung der Rückkehr/Belastungserprobung/BEM-Gespräche: 17,39 % (4/23). ▪ Angebote für Führungskräfte (Coaching/Workshop zur Wiedereingliederung): 13,04 % (3/23). ▪ Teamentwicklung/Organisationsberatung im Wiedereingliederungskontext: 4,35 % (1/23). ▪ Stellungnahmen für Arbeitgeber: 4,35 % (1/23). <p>Gesamtfazit: 23,19 %</p>	5

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Arbeitsschutzebene: Person / personenbezogene Maßnahmen				
Ziele	Wiedereingliederung der betroffenen Personen / Beschäftigten in den Arbeitsprozess (Teilhabe sichern)			
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbefragungen durchführen ▪ Kollegiale Prozesse beobachten / achtsames Miteinander fördern ▪ BEM-Gespräche führen ▪ Kollegialen Support fördern ▪ Belastungserprobungen ermöglichen ▪ Stetiger Kontakt zum Arbeitnehmer ▪ Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen ▪ Angebot einer anderen Tätigkeit 	Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprächsangebote für Wiedereinzugliedernde / begleitende Termine: in den obigen Kategorien enthalten; ausdrücklich genannt u. a. Begleitung der Belastungserprobung. (Zählung läuft in „Wiedereingliederung“/„Begleitung“ mit.) 17,39 % <p>Gesamtmittel: 17,39 %</p>	5

Die innerbetriebliche Rehabilitation umfasst im Modell vor allem strukturelle, organisatorische und personalbezogene Aufgaben, die auf eine nachhaltige Wiedereingliederung nach einem Notfall abzielen. Externe psychosoziale Anbieter leisten hier lediglich eine ergänzende Rolle. Die Mehrzahl der im Modell geforderten Maßnahmen, insbesondere BEM, Gefährdungsbeurteilung, betriebsärztliche Abstimmung, technische Anpassungen oder die formale Steuerung des Wiedereingliederungsprozesses, fällt eindeutig in die Verantwortung des Unternehmens bzw. der UVT und kann extern nicht abgedeckt werden.

6.6.5.1 Organisatorische Maßnahmen

Auf organisationaler Ebene wurden Angebote mit Bezug zur Wiedereingliederung in 30,43 % der Fälle genannt, darunter vorbereitende Beratungen, BEM-bezogene Unterstützung oder die Begleitung einzelner Schritte der Rückkehr. Ergänzend finden sich Begleitungen der Belastungserprobung (17,39 %), Führungskräfteangebote (13,04 %) sowie seltenere Organisationsberatung oder Stellungnahmen. Im Mittel ergibt sich damit ein Erfüllungsgrad von 23,19 %, entsprechend der Note 5.

6.6.5.2 Personenbezogene Maßnahmen

Die personenbezogene Ebene wurde überwiegend über Gesprächsangebote, psychosoziale Begleitung und Termine im Kontext der Rückkehr unterstützt (17,39 %). Kernelemente des Modells, wie kollegiale Begleitung, systematische Nachbefragungen oder eine formale Eignungsbeurteilung, liegen aber vollständig außerhalb des Zuständigkeitsbereichs externer Anbieter. Dadurch ergibt sich ein Gesamtmittel von 17,39 %, ebenfalls eine Note 5.

6.6.5.3 Querschnittsbefund

Über beide Ebenen ergibt sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 20,29 % mit der Note 5. Diese Bewertung reflektiert nicht die Qualität der externen psychosozialen Arbeit, sondern die klare Diskrepanz zwischen Modellanforderungen (betriebliche Verantwortung) und realen Zuständigkeiten externer Fachkräfte. Externe Anbieter können in dieser Phase nur flankieren, die Kernaufgaben liegen systemisch beim Unternehmen und dem UVT.

6.7 Defizitanalyse

Die zuvor dargestellten Ergebnisse der einzelnen Präventionsphasen und Akteursgruppen verdeutlichen bereits deutliche Unterschiede in der Umsetzung der Psychosozialen Notfallversorgung. Diese phasen- und perspektivbezogenen Detailanalysen zeigen jedoch nur Ausschnitte des Gesamtbildes. Um die betriebliche Realität systematisch im Verhältnis zu den Modellanforderungen abzubilden, ist eine integrierte, phasenübergreifende Betrachtung erforderlich.

Im nächsten Schritt werden daher sämtliche Bewertungsdaten aus allen sechs Perspektiven, Unternehmen, betroffene Beschäftigte, Unfallversicherungsträger, ehrenamtliche PSNV-B-Teams, der Datensatz der U-Einsätze sowie externe Anbietende, zusammengeführt und entlang der fünf Modellphasen des betrieblichen Präventionsmodells gegenübergestellt. Die Bewertung erfolgt getrennt nach den drei Arbeitsschutzebenen (Technik, Organisation, Person) und ermöglicht so die Identifikation systematischer Muster und struktureller Defizite, die in den vorangegangenen Kapiteln nur punktuell sichtbar wurden.

**Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)**

Benotung																			
Phase		Prävention			Akuthilfe			Weiterführende Betreuung			Rehabilitation			Wiedereingliederung			Gesamt		
Studie	Bewertung	Note	Mediannote	Prozent	Note	Mediannote	Prozent	Note	Mediannote	Prozent	Note	Mediannote	Prozent	Note	Mediannote	Prozent	Note	Mediannote / - prozent	Prozent
TP1 Unternehmen TP1 Betroffene	Modellbewertung	5		35,18%	6		8,02%	5		15,99%				5		20,48%	5		19,92%
	Perspektivbewertung																	32,00% (Modus 0,00%)	39,10%
	Modellbewertung	5		27,94%	6		14,39%	6		3,67%	6		2,68%	6		2,37%	6		10,21%
	Perspektivbewertung	3,77	4		4,04	5		3,97	5		4,51	6		5,29	6		4,36	5	
TP2 Unfallversicherungsträger	Modellbewertung	5		33,31%	4*		49,57%	4		50,05%	4		57,33%	4		44,83%	4		46,99%
	Perspektivbewertung																		
TP3 Ehrenamtliche PSNV-B-	Modellbewertung				2		83,31%										2		83,31%
	Perspektivbewertung																		
TP3 Sekundärdatensatz	Modellbewertung				2		87,50%										2		87,50%
	Perspektivbewertung																		
TP4 Externe Anbietende	Modellbewertung	6		13,88%	6		9,49%	5		14,86%	6		12,32%	5		20,29%	5		14,17%
	Perspektivbewertung																		

Die vorliegende Tabelle integriert sämtliche Bewertungsdaten aus den Perspektiven von Unternehmen, Betroffenen, Unfallversicherungsträgern (UVT), ehrenamtlichen PSNV-B-Teams, Datensatz der U-Einsätze sowie externen Anbietenden, entlang der fünf Modellphasen des betrieblichen Präventionsmodells (Prävention, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Rehabilitation, Wiedereingliederung). Für jede Phase liegen getrennte Bewertungen auf drei Arbeitsschutzebenen (Technik, Organisation, Person) vor. Die Tabelle weist in jeder Zelle die Mediannote, den zugehörigen Prozentwert und eine Gesamtbewertung aus, wobei die Notenskala streng normiert ist. Werte unter 15 % entsprechen einer unzureichenden Umsetzung (Note 6), während erst ab 45 % eine ausreichende Abdeckung (Note 4) erreicht wird. Die Struktur der Tabelle macht dadurch sowohl phasen- als auch ebenenspezifische Defizite sichtbar, lässt aber insbesondere die Perspektivdivergenzen deutlich hervortreten, da gleiche Modellanforderungen je nach Quelle ganz unterschiedlich bewertet werden. Diese Datenbasis ermöglicht eine phasenübergreifende, multiperspektivische Defizitanalyse, die nicht nur formale Abweichungen vom Modell, sondern auch Implementations- und Wahrnehmungslücken identifiziert.

6.7.1 Prävention

Die Tabelle zur Präventionsphase integriert die Modell- und Perspektivbewertungen der vier in der Primärprävention relevanten Teilprojekte (TP1 Unternehmen, TP1 Betroffene, TP2 Unfallversicherungsträger, TP4 Externe Anbietende). Die Modellbewertungen quantifizieren, in welchem Ausmaß die berichteten Maßnahmen der jeweiligen Akteursgruppen mit den im Präventionsmodell beschriebenen Soll-Anforderungen übereinstimmen. Die Prozentangaben bilden den durchschnittlichen Erfüllungsgrad dieser modellbasierten Anforderungen ab. Zusätzlich liegt für die Betroffenenperspektive eine Perspektivbewertung vor, die die subjektive Einschätzung der wahrgenommenen Vorbereitung im Betrieb erfasst. Über alle betrachteten Perspektiven hinweg bewegen sich die Modellbewertungen in einem Bereich von 13,88 - 35,18 % und liegen damit im unteren Erfüllungsspektrum der Notenstufen 5 und 6. Die Primärprävention stellt somit in der vorliegenden Erhebung jene Phase dar, in der die modellhafte Präventionsarchitektur am wenigsten abgebildet wird. Dieser Befund lässt sich nicht als direkte Aussage über die tatsächliche Präventionspraxis der jeweiligen Akteure interpretieren, sondern spiegelt das Zusammenspiel aus Erhebungslogik, Modellbezug und berichteten Einzelmaßnahmen wider.

6.7.1.1 TP1 Unternehmen

Aus Unternehmenssicht erreicht die Primärprävention einen Modellwert von 35,18 %. Die technische Ebene weist dabei die höchsten Erfüllungsgrade auf, was vor allem mit bestehenden baulich-technischen Grundstandards zusammenhängt, etwa der Kennzeichnung von Fluchtwegen, strukturellen Trennungen oder grundlegender sicherheitstechnischer Infrastruktur. Diese Befunde zeigen, dass technische Prävention in vielen Betrieben institutionell verankert ist und häufig unabhängig von psychosozialen Aspekten etabliert wurde. Die organisationalen und personenbezogenen Ebenen bilden demgegenüber ein deutlich niedrigeres Abbild des Modells. Schriftlich definierte Zuständigkeiten, Meldewege, betriebliche Notfallkonzepte oder klar benannte Rollenstrukturen werden zwar von einem Teil der Unternehmen berichtet, erreichen jedoch keine flächendeckende Verbreitung. Gleiches gilt für personenbezogene Maßnahmen, wie unterweisende Elemente, Schulungsstrukturen oder spezifische Qualifizierungen im Umgang mit psychischen Belastungen. Der Gesamteindruck der Unternehmensperspektive lässt darauf schließen, dass Prävention im betrieblichen Kontext stärker technisch und nur eingeschränkt organisatorisch oder personenbezogen gerahmt wird, wobei die niedrigen Werte nicht zwingend fehlende Maßnahmen widerspiegeln, sondern auch Ausdruck unterschiedlicher Interpretationen der Modellkategorien oder einer eingeschränkten Dokumentationspraxis sein können.

6.7.1.2 TP1 Betroffene

Die Betroffenenperspektive bestätigt dieses Muster und zeigt zugleich eine weitere Abschwächung der modellbezogenen Präventionsabbildung. Mit einem Modellwert von 27,94 % wird ein sehr niedriger Erfüllungsgrad erreicht. Beschäftigte berichten insbesondere auf organisationaler Ebene nur eingeschränkt Kenntnis über Meldewege, Zuständigkeiten oder konkrete Verfahrensabläufe im Notfall. Auch das Wissen über Strukturen der Nachbetreuung, Zuständigkeiten für Angehörigenkontakte oder die Existenz betrieblicher psychosozialer Erstbetreuer ist nur begrenzt ausgeprägt. Die Perspektivbewertung der Betroffenen, die im Median einer Note 4 entspricht, deutet darauf hin, dass einzelne Maßnahmen positiv wahrgenommen werden, jedoch keine flächendeckende oder systematische Verankerung psychosozialer

Präventionsstrukturen erlebt wird. Die Diskrepanz zwischen Unternehmensangaben und Wahrnehmung der Beschäftigten lässt auf eine eingeschränkte Implementationstreue schließen. Strukturen, die formal vorhanden sind, scheinen nicht immer hinreichend kommuniziert, sichtbar oder im betrieblichen Alltag erfahrbar zu sein.

6.7.1.3 TP2 Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger zeichnen im Rahmen der Primärprävention ein heterogenes Bild, das aufgrund der Erhebungslogik und der unterschiedlichen Detailtiefe der Angaben vorsichtig interpretiert werden muss. Der Modellwert liegt bei 33,31 %. In der technischen, organisationalen und personenbezogenen Prävention werden eine Vielzahl von Maßnahmen berichtet, darunter Elemente der baulichen Sicherheit, der Gefährdungsbeurteilung (einschließlich psychischer Belastungen), der Notfallplanung, der Unterweisung und Qualifizierung. Die vergleichsweise niedrigen Modellwerte dürfen jedoch nicht dahingehend missverstanden werden, dass die UVT geringe Präventionsleistungen erbringen. Vielmehr spiegelt die Bewertung wider, dass die im Modell definierten Kategorien nur teilweise deckungsgleich mit den gesetzlichen Präventionsmandaten der UVT sind und die Nennungstiefe der Maßnahmen unter den Trägern erheblich variiert. „Nicht genannt“ ist daher nicht mit „nicht vorhanden“ gleichzusetzen. Die Befunde zeigen primär eine hohe Varianz der Berichtspraxis und damit eine eingeschränkte Vergleichbarkeit, nicht jedoch eine mangelnde Präventionsumsetzung.

6.7.1.4 TP4 Externe Anbietende

Für externe psychosoziale Anbietende ergibt sich ein Modellwert von 13,88 %, was sich vorrangig aus der rollenlogischen Passung zum Modell erklärt. Technische Prävention fällt per Mandat nicht in ihren Zuständigkeitsbereich und kann daher nicht abgebildet werden. Organisatorische Maßnahmen werden nur punktuell berichtet, etwa in Form von Beratungsleistungen zur Notfallplanung oder psychischen Gefährdungsbeurteilung. Die maßgebliche Tätigkeit externer Anbieter liegt im Bereich der Qualifizierung und Weiterbildung, der in der Erhebung auch umfangreich sichtbar wird. Da das Modell jedoch primär die strukturelle, betriebsinterne Verankerung von Präventionsprozessen bewertet, können diese externen Schulungsleistungen nicht vollständig im Sinne der Modellanforderungen abgebildet werden. Die niedrige Modellbewertung reflektiert daher keine unzureichende Praxis der Anbieter, sondern die systemische Differenz zwischen extern erbrachten Qualifizierungsleistungen und betriebsintern verankerten Präventionsstrukturen.

6.7.1.5 Fazit Prävention

Insgesamt ergibt sich für die Primärprävention ein konsistentes querschnittliches Muster. Die technische Ebene ist über alle Akteursgruppen hinweg am stärksten vertreten, während organisatorische und vor allem personenbezogene Maßnahmen nur begrenzt an das Modell anschließen. Zwischen Unternehmenssicht und Betroffensicht tritt eine deutliche Diskrepanz auf, die auf eine eingeschränkte Wirksamkeit von Kommunikation, Unterweisung und Implementierung hinweist. Die Angaben der UVT sind durch eine große Heterogenität in der Darstellung geprägt, wodurch die modellbezogene Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Externe Anbieter operieren vor allem im Bereich der personenbezogenen Qualifizierung, deren strukturelle Verankerung im Modell jedoch nur bedingt abgebildet werden kann. Das Gesamtbild der Primärprävention ist damit weniger Ausdruck unzureichender Präventionspraxis einzelner Akteure, sondern vor allem ein Hinweis auf unterschiedliche Rollenlogiken,

Systemzuständigkeiten und Kommunikationspfade, die dazu führen, dass die modellhafte Präventionsarchitektur in der Breite der Daten nicht vollständig sichtbar wird.

6.7.2 Akuthilfe

Die Tabelle zur Akuthilfephase aggregiert die modellbasierten Bewertungen aller relevanten Perspektiven. Die Modellbewertung beschreibt, in welchem Ausmaß die empirisch berichteten Akutmaßnahmen den Soll-Anforderungen des Präventionsmodells entsprechen. Die Prozentwerte spiegeln den mittleren Erfüllungsgrad wider. Insgesamt zeigt sich über alle Perspektiven ein breites Spektrum an Erfüllungsgraden, das von sehr niedrigen Werten im betrieblichen Kontext bis zu hohen Werten in den professionalisierten externen Einsatzstrukturen reicht. Dieses Muster verdeutlicht vor allem die unterschiedlichen Rollen- und Zuständigkeitslogiken der befragten Akteursgruppen im Akutgeschehen.

6.7.2.1 TP1 Unternehmen

Auf Unternehmensebene liegt die modellbasierte Gesamtbewertung mit 8,02 % (Note 6) im unteren Bereich. Die technische Ebene erreicht nur geringe Anteile der modellhaften Anforderungen, da spezifische Ressourcen für psychosoziale Erstversorgung, etwa Materialien zur akuten Stabilisierung oder räumliche Vorkehrungen, nur vereinzelt berichtet werden. Der Mittelwert der technischen Akutmaßnahmen liegt bei 3,68 %. Organisatorisch erreichen die Unternehmen 7,78 %. Einzelne Prozesskomponenten wie frühe Unfallmeldungen oder Führungskräfte sensibilisierung für mögliche psychische Belastungen treten zwar auf, doch zentrale modellhafte Elemente wie ein klar definiertes internes Notfallprocedere, strukturierte Informationsweitergabe, definierte Aktivierungsketten für psychologische Erstbetreuung oder geregelte Übergaben werden nur in geringem Umfang berichtet. Auf der personenbezogenen Ebene liegen die Anteile für interne oder externe betriebliche Erstbetreuung (23,70 bzw. 26,75 %) höher als in den anderen Ebenen, bleiben aber deutlich unterhalb eines aus Modellsicht erwartbaren Niveaus. Der Gesamtheit zeigt, dass betriebliche Akutreaktionen nur partiell strukturell vorbereitet sind und in vielen Fällen auf situatives Handeln einzelner Personen oder auf externe Unterstützungsressourcen angewiesen bleiben, ohne dass dies zwingend Ausdruck eines Defizits der Betriebe sein muss. Vielmehr macht die Modellbewertung sichtbar, dass viele modellhafte Akutprozesse traditionell nicht zum etablierten Kernbestand betrieblicher Strukturen gehören.

6.7.2.2 TP1 Betroffene

Die Betroffenenperspektive zeichnet ein ähnliches Bild. Organisationale Elemente der Akuthilfe werden nur begrenzt wahrgenommen. Die Alarmierung von Rettungskräften (33,04 %) wird vergleichsweise häufig beschrieben, während andere organisatorische Schritte, etwa die interne Informationsweitergabe, medizinische Anbindung, Angehörigenkontakte oder eine zeitnahe Dokumentation, wesentlich seltener berichtet werden. Der organisationale Mittelwert liegt bei 10,00 %. Personenbezogen berichten knapp die Hälfte der Befragten, dass „sich jemand gekümmert“ habe (49,57 %). Dieses Ergebnis weist auf spontane Unterstützung innerhalb des betrieblichen Umfelds hin, bildet jedoch nicht die modellhafte Struktur psychosozialer Akuthilfe ab, etwa systematische Informationsvermittlung, Psychoedukation oder strukturierte Begleitung. Einzelne Maßnahmen wie Abschirmung, telefonische Beratung oder unmittelbare Stabilisierung treten nur in niedrigen Anteilen auf. Der personenbezogene Mittelwert beträgt 18,78 %. Die Perspektivbewertung (Median 4,04 / Note 5) zeigt, dass individuelle

Unterstützung positiv erlebt wird, die modellhafte Systemstruktur jedoch nur begrenzt sichtbar ist. Der Abstand zwischen Unternehmensdaten und Betroffenenwahrnehmung deutet auf Unterschiede in der Implementation, der kommunikativen Sichtbarkeit und der tatsächlichen Verankerung von Akutprozessen hin.

6.7.2.3 TP2 Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger weisen in der Akuthilfe einen modellbasierten Erfüllungsgrad von 49,57 % (Note 4*) auf der organisationalen Ebene auf. Dieser Wert umfasst insbesondere Aspekte, die sich an der Schnittstelle zwischen Betrieb und UVT verorten: zeitkritische Unfallmeldungen über verschiedene Kanäle, strukturierte Fristen (z. B. „sofort“, „innerhalb von 24 – 48 Stunden“), die Einbindung externer psychosozialer Ressourcen sowie die Bereitstellung von Informationen für Betroffene. Diese Schritte entsprechen gesetzlichen und verfahrensbezogenen Kernaufgaben der UVT und werden in der Erhebung von Teilen der Träger konsistent beschrieben. Modellanforderungen, die innerbetriebliche Prozesse betreffen, wie Alarmierung betrieblicher Ersthelfer, interne Notfallabläufe oder Angehörigenkontakte, sind erwartungsgemäß nicht Bestandteil der UVT-Angaben, da sie außerhalb des UVT-Mandats liegen. Personenbezogene Unterstützungsangebote der UVT, etwa psychologische Beratung oder Hotlineleistungen, werden zwar berichtet, sind aber methodisch nicht vollständig kommensurabel mit den im Modell definierten betriebsinternen Erstbetreuungsstrukturen. Aus diesem Grund wird für die personenbezogene Ebene keine reguläre Note vergeben. Die Daten der UVT zeigen damit primär, dass die Schnittstellenprozesse zur Akuthilfe in relevanten Teilen funktional abgebildet sind, ohne dass hieraus Rückschlüsse zur innerbetrieblichen Umsetzung gezogen werden können.

6.7.2.4 TP3 Ehrenamtliche PSNV-B-Teams

Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich für die ehrenamtlichen PSNV-B-Teams sowie für die zugehörigen Sekundärdaten. Diese Perspektiven erreichen sehr hohe Erfüllungsgrade der modellhaften Akutkriterien. Auf organisationaler Ebene werden strukturierte Alarmierungswege, zeitgerechtes Eintreffen, abgestimmte interprofessionelle Zusammenarbeit und angemessene Einsatzrahmen konsistent berichtet. Der Mittelwert liegt bei rund 79 % (Note 2). Auf der personenbezogenen Ebene werden zentrale Wirkmechanismen der psychosozialen Akuthilfe, Stabilisierung, Orientierung, adressatengerechte Information, Bedürfnisorientierung, Schutz vor Überforderung, in Anteilen zwischen 92 und 100 % abgebildet. Die subjektive Wirksamkeit wird häufig als sehr hoch eingeschätzt. Der Mittelwert beträgt 87,50 % (Note 2). Die hohen Werte sind in erster Linie Ausdruck der spezialisierten Rolle dieser Akteure und spiegeln standardisierte Einsatzlogiken und etablierte Qualitätsstandards wider, nicht die Funktionslage der Betriebe.

6.7.2.5 TP4 Externe Anbietende

Externe psychosoziale Anbietende berichten ein breites Repertoire an personenbezogenen Akutinterventionen, darunter Stabilisierung, Krisenintervention, Gesprächsangebote, Psychoedukation, Ressourcenaktivierung sowie Führungskräfteberatung in akuten Belastungssituationen. Die modellbasierte Abbildung erreicht dennoch nur 9,49 % (Note 6). Dieser niedrige Wert erklärt sich aus der Modellsystematik. Das Präventionsmodell setzt voraus, dass Akutmaßnahmen in verbindliche betriebliche Abläufe, definierte Auslöseketten, organisatorische Zuständigkeiten und klare Feedbackschleifen eingebettet sind. Die Leistungen externer

Anbieter werden jedoch typischerweise auf Anfrage bereitgestellt, projektförmig oder ereignisbezogen, ohne feste Integration in betriebliche Notfallstrukturen. Die Bewertung spiegelt daher primär die strukturelle Passung zum Modell wider, nicht die fachliche Qualität der durchgeführten Interventionen.

6.7.2.6 Fazit Akuthilfe

Im Gesamtbild ergibt sich ein deutlich erkennbares strukturelles Muster. Externe Akutstrukturen, Rettungsdienst, PSNV-B-Teams, kooperierende psychosoziale Fachkräfte und UVT-Schnittstellen, sind in ihrer Funktionslogik weitgehend stabil, konsistent und in hohen Anteilen modellkonform. Demgegenüber sind innerbetriebliche Akuthilfeprozesse nur begrenzt entwickelt oder werden von Beschäftigten kaum wahrgenommen. Die Akuthilfephase ist damit durch ein Spannungsfeld zwischen funktional ausgeprägten externen Unterstützungsressourcen und variabel beziehungsweise nur in Teilen ausgeprägten internen betrieblichen Strukturen gekennzeichnet. Das zentrale Ergebnis ist daher kein Defizit einzelner Akteursgruppen, sondern ein Hinweis auf eine geringe Systemintegration. Die hohen Qualitäten externer psychosozialer Akuteinsatzstrukturen werden in vielen Fällen nicht durch innerbetriebliche Prozesse ergänzt oder verankert, sodass aus Sicht der Betroffenen und Unternehmen häufig keine durchgängige, kohärente Notfallkette erkennbar wird.

6.7.3 Weiterführende Betreuung

Die Tabelle zur Weiterführende Betreuungsphase fasst die modellbasierte Bewertung aller Perspektiven zusammen und zeigt damit, in welchem Ausmaß die berichteten Maßnahmen den Anforderungen der sekundärpräventiven Weiterführende Betreuung entsprechen. Die Ergebnisse verdeutlichen ein heterogenes Bild. Unternehmen erreichen 15,99 % (Note 5), während die Betroffenenperspektive mit 3,67 % (Note 6. Perspektiv-Mediannote 5) nochmals niedrigere Werte aufweist. Die Unfallversicherungsträger liegen mit 50,05 % im mittleren Bereich (Note 4). Ehrenamtliche PSNV-B-Teams und der Sekundärdatensatz lassen sich in dieser Phase nicht bewerten, da ihr Mandat auf die Akuthilfe begrenzt ist. Externe psychosoziale Anbieter erreichen 14,86 % (Note 5). Insgesamt zeigt die Weiterführende Betreuungsphase eine deutlich geringere Abdeckung der modellbasierten Anforderungen als die Akuthilfe, insbesondere im betrieblichen Kontext und aus Sicht der Betroffenen.

6.7.3.1 TP1 Unternehmen

Auf Unternehmensebene werden technische Maßnahmen im Sinne systematischer Ursachenbeurteilungen und daraus abgeleiteter baulich-technischer Anpassungen kaum berichtet. Der ermittelte Wert liegt bei 0,00 % und entspricht einer Note 6. Auch organisatorische Maßnahmen werden nur in begrenztem Umfang umgesetzt. Mit 20,34 % (Note 5) erreichen die Unternehmen moderate Anteile vereinzelter Prozessschritte. Die Dokumentation des Notfalls im Unternehmen (68,40 %) und die Meldung an den Unfallversicherungsträger (44,80 %) treten vergleichsweise häufig auf. Die modellseitig zentralen Elemente der Weiterführende Betreuungsphase, strukturierte Überleitung in weiterführende Versorgung, systematische organisatorische Begleitung und Bereitstellung von Informationen zur außerbetrieblichen Unterstützung, weisen deutlich niedrigere Werte auf. Die Vermittlung in Folgebetreuung (33,31 %), organisatorischer Schutz und Orientierung (47,80 %) sowie Informationsmaterialien oder Unterweisungen zur weiteren Versorgung (18,11 bzw. 15,61 %) sind nur punktuell ausgeprägt. Die Daten deuten darauf hin, dass die formale Erstreaktion (Dokumentation, Meldung) häufiger erfolgt

als die nachgelagerten psychosozialen und koordinierenden Bestandteile. Auf der personenbezogenen Ebene erreichen die Unternehmen 27,65 % (Note 5). Berichtet werden sowohl interne (36,45 %) als auch externe (46,50 %) psychosoziale Unterstützungsoptionen. Die modellrelevanten Elemente, Screening, strukturierte Gruppensitzungen, Monitoring, systematische Identifikation von Hochrisikopersonen, werden hingegen nicht abgebildet. Die Weiterführende Betreuung erscheint aus Unternehmenssicht daher als punktuell unterstützend, jedoch nicht als strukturiertes Weiterführende Betreuung- oder Monitoringkonzept. Dies erklärt den Gesamtwert von 15,99 %, der sichtbare Einzelmaßnahmen umfasst, jedoch keine modellkonforme Prozessarchitektur erkennen lässt.

6.7.3.2 TP1 Betroffene

Die Betroffenenperspektive bildet ausschließlich personenbezogene Maßnahmen ab, da technische und organisatorische Ebenen im Fragebogen nicht erhoben wurden. Unterstützungsformen werden aus einer Vielzahl einzelner Quellen genannt. Kolleginnen und Kollegen (4,14 %), Führungskräfte (3,45 %), Hausärztinnen und Hausärzte (3,45 %), Notfallpsychologinnen und -psychologen (2,76 %), interne Kriseninterventionsteams (2,76 %), betriebliche bzw. arbeitspsychologische Dienste (2,76 %), Durchgangsärztinnen und -ärzte (2,76 %), private soziale Kontakte (2,76 %) oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (2,07 %). Ergänzend finden sich unspezifische Kategorien wie „medizinische Beratung/Unterstützung“ (7,59 %) oder „betriebliche Betreuung“ (6,21 %). Der Mittelwert dieser Einzelangaben liegt bei 3,50 %, die Gesamtbewertung bei 3,67 % (Note 6). Aus methodischer Perspektive deutet dies auf eine sehr begrenzte Sichtbarkeit strukturierter Weiterführende Betreuungspfade hin. Die Perspektivbewertung (Mediannote 3,97 / Note 5) zeigt, dass vorhandene Unterstützung als hilfreich erlebt wird, jedoch keine konsistente, systematisch erkennbare Weiterführende Betreuungstruktur erfahren wird. Die hohe Fragmentierung der Nennungen legt nahe, dass Unterstützungsprozesse für Betroffene weniger entlang definierter betrieblicher oder UVT-geleiteter Verfahren stattfinden, sondern stärker zufalls- oder umfeldabhängig.

6.7.3.3 TP2 Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger erreichen im Bereich Weiterführende Betreuung einen Gesamtwert von 50,05 % (Note 4) und liegen damit deutlich höher als die betrieblichen oder die wahrgenommenen Prozesse. Die technische Ebene erreicht 58,62 % (Note 4). Dazu gehören Unfalluntersuchungen, Vor-Ort-Begehungen und die Ableitung baulich-technischer Maßnahmen. Diese Maßnahmen entsprechen dem gesetzlichen Auftrag der UVT und bilden einen durchdachten Analyse- und Feedbackprozess ab. Auf der organisationalen Ebene liegt der Mittelwert bei 41,48 % (Note 4). Hierzu zählen die Heilverfahrenssteuerung, Reha-Management, Vermittlung in psychotherapeutische oder traumatherapeutische Angebote sowie erneut die Untersuchung des Unfallgeschehens. Unterschiede zwischen den Trägerarten zeigen eine heterogene Umsetzungstiefe, jedoch eine konsistent vorhandene Steuerungslogik. Personenbezogene Maßnahmen werden in rund 28,6 % der Fälle genannt, beziehen sich jedoch primär auf durch die UVT initiierte Überleitungen zu externen psychosozialen Fachkräften. Da diese Maßnahmen strukturell nicht mit den modellhaften Anforderungen an Screening, Monitoring oder Diagnostik vergleichbar sind, erfolgt keine reguläre Notenvergabe. Die Daten zeigen damit eine aktive Rolle der UVT in der Prozesssteuerung und beim Zugang zu professionellen Hilfen, ohne dass daraus Rückschlüsse auf die innerbetriebliche Weiterführende Betreuungsarchitektur gezogen werden können.

6.7.3.4 TP3 Ehrenamtliche PSNV-B-Teams

Für PSNV-B-Teams und den Sekundärdatensatz kann die Weiterführende Betreuungsphase nicht sinnvoll bewertet werden, da die dort geforderten Maßnahmen, Unfallanalysen, Heilverfahrenssteuerung, betriebliche Weiterführende Betreuung, Monitoring, Screening, nicht in ihrem Mandat liegen. Die berichteten weiterführenden Kontakte (z. B. Nutzung niedrigschwelliger Anlaufstellen) spiegeln eher das Verhalten der Betroffenen nach der Akuthilfe wider als strukturelle Leistungen der PSNV-B-Teams. Die fehlende Bewertbarkeit ergibt sich somit konsequent aus der Rollenlogik dieser Akteure.

6.7.3.5 TP4 Externe Anbietende

Externe psychosoziale Anbieter erreichen in der Weiterführende Betreuungsphase einen mittleren Erfüllungsgrad von 14,86 % (Note 5). Organisational finden sich Beratungs- und Unterstützungsangebote, etwa individuelle oder teambezogene Beratung (21,74 %), Überleitung in weiterführende Hilfen (17,39 %), engmaschige Begleitung von Ansprechpersonen (13,04 %) sowie spezifische Unterstützungsangebote für Führungskräfte (17,39 %). Diese Maßnahmen decken zwar relevante Aspekte psychosozialer Begleitung ab, bilden jedoch nur einen kleinen Ausschnitt der modellseitig geforderten strukturellen Weiterführende Betreuungsprozesse ab. Auf personenbezogener Ebene zeigen sich ein breites Spektrum stabilisierender oder therapeutisch orientierter Maßnahmen (z. B. Weiterführende Betreuungsgespräche. 26,09 %, Psychoedukation. 8,70 %, traumabezogene Interventionen und Screening. jeweils 4,35 %). Da diese Angebote jedoch überwiegend fallbezogen, auf Anfrage einzelner Betriebe oder projektförmig eingesetzt werden und selten in ein flächendeckend etabliertes betriebliches Weiterführende Betreuungskonzept integriert sind, ergibt sich ein niedriger modellbasierter Erfüllungsgrad.

6.7.3.6 Fazit weiterführende Betreuung

Im Gesamtbild weist die Weiterführende Betreuungsphase mehrere strukturelle Besonderheiten auf. Es zeigt sich ein fehlender verbindlicher Prozesszusammenhang zwischen Akuthilfe und weiterführender Weiterführende Betreuung. Unternehmen, UVT, externe Anbieter und ehrenamtliche Strukturen bearbeiten Teilaspekte der Weiterführende Betreuung, doch es existiert keine einheitliche Prozessführung, die technische, organisatorische und personenbezogene Elemente bündelt. Zudem sind standardisierte Weiterführende Betreuungspfade, etwa Screening, Monitoring, definierte Follow-up-Zeitpunkte, kaum ausgeprägt, sowohl aus Unternehmenssicht als auch aus Perspektive der Betroffenen. Die Daten der UVT zeigen zwar eine ausgeprägte Steuerungstätigkeit, die Ergebnisse werden jedoch auf betrieblicher Ebene nur eingeschränkt sichtbar, wodurch Rückkopplungen in Prävention oder Gefährdungsbeurteilung nur begrenzt nachvollziehbar werden. Insgesamt manifestiert sich in der Weiterführende Betreuungsphase eine deutliche strukturelle Lücke zwischen einer qualitativ funktionierenden Akuthilfe und den nachgelagerten betrieblichen und individuellen Weiterführende Betreuungsprozessen. Die Befunde weisen damit weniger auf Defizite einzelner Akteursgruppen hin, sondern auf die fehlende Integration der beteiligten Systeme und eine insgesamt geringe Sichtbarkeit und Standardisierung der modellrelevanten Weiterführende Betreuungsprozesse.

6.7.4 Rehabilitation

Die Phase der Rehabilitation bildet die tertiärpräventiven Prozesse ab, die nach Abschluss der Akuthilfe und Weiterführende Betreuung darauf abzielen, eine medizinische, psychotherapeutische und berufliche Wiederherstellung zu unterstützen und langfristige Folgen eines Notfalls zu reduzieren. Das Bewertungsmodell umfasst technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen, darunter systematische Unfallanalysen, Heilverfahrenssteuerung, Reha-Management, psychotherapeutische Versorgung, Eignungsbeurteilungen, berufliche Perspektiventwicklung und vorbereitende Schritte zur Wiedereingliederung. In der empirischen Abdeckung zeigt sich jedoch ein deutliches Muster. Die Rehabilitation ist weitgehend im gesetzlichen Mandat der Unfallversicherungsträger verankert, während Unternehmen, externe Anbieter und Betroffene selbst nur eingeschränkt bewertbare Anteile aufweisen. PSNV-B-Teams und der Sekundärdatensatz bleiben erwartungsgemäß unbewertbar, da ihre Tätigkeit in der Akuthilfe endet.

6.7.4.1 TP1 Betroffene

In der Perspektive der Betroffenen werden ausschließlich außerbetriebliche Leistungen der Unfallversicherungsträger abgebildet, da innerbetriebliche technische oder organisatorische Rehabilitationsprozesse nicht erhoben wurden. Auf der organisationalen Ebene nennen Betroffene nur geringe Nutzungsanteile. Kostenerstattung (6,30 %), Verletztengeld (5,51 %), Reha-Management (3,94 %) und Reha-Beratung (2,36 %). Modellrelevante Elemente wie strukturierte Heilverfahrenssteuerung, aktive Informationsvermittlung, kontinuierliche Begleitung durch Reha-Managerinnen und -Manager oder die Beratung durch Aufsichtspersonen treten empirisch kaum in Erscheinung. Der Mittelwert von 4,36 % (Note 6) verdeutlicht damit weniger ein Fehlen bestehender Leistungsansprüche, sondern ein begrenztes Sichtbarkeits- und Nutzungsniveau aus Betroffenenensicht. Auf der personenbezogenen Ebene konzentriert sich die Nutzung faktisch auf Psychotherapie bzw. Traumatherapie (3,94 %). Weitere modellrelevante Maßnahmen, längerfristige medizinische oder psychologische Heilbehandlung, Eignungsbeurteilungen, Neuqualifizierung, berufliche Perspektivbildung, werden nicht berichtet. Der Ebenenmittelwert von 0,99 % (Note 6) macht deutlich, dass die empirisch sichtbare Rehabilitation aus Sicht der Betroffenen nur punktuell erfahrbar ist. Der Gesamtwert von 2,68 % zeigt damit ein strukturelles Sichtbarkeitsdefizit. Rehabilitative Prozesse finden statt, sind für die Betroffenen aber offenbar nur begrenzt erkennbar oder ihnen nicht eindeutig zuordenbar.

6.7.4.2 TP2 Unfallversicherungsträger

In der Perspektive der Unfallversicherungsträger zeigt sich ein erwartbares Muster einer klar zuständigkeitsgebundenen und strukturell verankerten Rehabilitation. Auf der technischen Ebene werden Unfalluntersuchungen durch die Berufsgenossenschaften in 100 %, durch Unfallkassen in 85,7 %, durch andere Träger in 33,3 – 50,0 % berichtet. Vor-Ort-Untersuchungen werden je nach Träger in 28,6 – 57,1 % der Fälle genannt. Aus diesen Analysen folgen baulich-technische Maßnahmen oder Auflagen. bei den BG zu 85,7 %, bei UK zu 71,4 %, bei FUK zu 33,3 % und bei sonstigen Trägern zu 75,0 %. Der technische Mittelwert beträgt 58,62 % (Note 4). Diese Ergebnisse zeigen ein funktionierendes System technischer Rückkopplungen und Lernprozesse, das jedoch je nach Trägerart unterschiedlich ausgeprägt ist. Auf der organisationalen Ebene übernehmen die UVT eine deutlich sichtbar steuernde Rolle. Psychotherapeuten- und Psychotherapeutenverfahren sind bei allen Trägern verfügbar (100 %). Reha-Management und Heilverfahrenssteuerung werden in 28,6 – 50,0 % genannt.

Steuerungsakteure wie Kliniken, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie D- oder Hausärztinnen und -ärzte werden je nach Träger zwischen 57,1 % und 100 % angegeben. Der Mittelwert liegt bei 58,58 % (Note 4). Der Befund zeigt damit ein strukturiertes, jedoch nicht vollständig standardisiertes Reha-System, das klare Koordinationsaufgaben wahrnimmt, jedoch in der Umsetzungstiefe zwischen den Trägerarten variiert. Auf der personenbezogenen Ebene sichern die UVT den Zugang zu ambulanter und stationärer Psychotherapie in stabilen Anteilen (BG 71,4 – 85,7 %, UK 57,1 – 71,4 %, FUK 66,7 – 100 %, sonstige Träger 100 %). Teilweise wird explizit eine schnelle Vermittlung genannt. Der Mittelwert von 54,80 % (Note 4) zeigt eine solide Abdeckung der therapeutischen Versorgung, die jedoch nicht flächendeckend einheitlich umgesetzt wird. Insgesamt erreichen die UVT in der Rehabilitation einen Gesamtmittelwert von 57,33 % (Note 4) und bilden damit als einzige Perspektive einen substanziellen Teil der modellhaften Tertiärprävention ab. Die Defizite sind weniger in der Struktur selbst als in der Heterogenität zwischen Trägerarten und der begrenzten Sichtbarkeit dieser Prozesse für Betroffene und Betriebe zu verorten.

6.7.4.3 TP4 Externe Anbietende

Externe psychosoziale Anbieter können in der Rehabilitation vor allem dort wirken, wo sie von Unternehmen oder Unfallversicherungsträgern gezielt eingebunden werden. Eine eigene Rehabilitationszuständigkeit besteht nicht. Entsprechend ist die technische Ebene nicht bewertbar, da Untersuchungen des Unfallgeschehens, bauliche Anpassungen oder prozessuale Ursachenanalysen nicht in ihrem Mandat liegen. Auf der organisationalen Ebene werden punktuelle Unterstützungsleistungen berichtet. Überleitungen in Reha, Traumaambulanzen oder weiterführende Hilfen (8,70 %), Beratungen zu Versorgungsleistungen und Ansprüchen (21,74 %) sowie Evaluations- oder Auswertungsgespräche (4,35 %). Diese Leistungen sind funktional anschlussfähig an Rehabilitationsprozesse, liegen jedoch deutlich unterhalb der modellhaften Kernaufgaben wie Heilverfahrenssteuerung oder Wiedereingliederungsmanagement. Der Mittelwert beträgt 15,94 % (Note 5). Personenbezogen werden therapeutische Weiterführende Betreuung oder traumatherapeutische Maßnahmen in 8,70 % genannt. andere modellrelevante Bausteine treten nicht auf. Der Ebenenmittelwert beträgt ebenfalls 8,70 % (Note 6). Der Gesamtwert von 12,32 % (Note 6) reflektiert damit keinen Qualitätsmangel der angebotenen Leistungen, sondern die strukturelle Begrenzung eines Mandats, das außerhalb der zentralen Rehabilitationsprozesse liegt.

6.7.4.4 Fazit Rehabilitation

Über alle Perspektiven hinweg zeigt sich die Rehabilitation als Phase mit einer besonders ausgeprägten strukturellen Diskrepanz zwischen Modellanforderungen und realer Zuständigkeitsverteilung. Die UVT decken substanzielle Teile der technischen, organisatorischen und therapeutischen Rehabilitationsprozesse ab, jedoch mit heterogener Umsetzungstiefe und begrenzter Sichtbarkeit für Betroffene und Betriebe. Betroffene berichten nur sehr geringe Nutzung rehabilitativer Angebote, was auf ein ausgeprägtes Informations- und Transparenzdefizit hindeutet. Externe Anbieter können aufgrund ihres Mandats nur punktuell andocken und tragen nicht zur systematischen Steuerung bei. Unternehmen selbst sind in der außerbetrieblichen Rehabilitation kaum präsent, da die modellhaften Aufgaben überwiegend außerhalb ihres Verantwortungsbereichs liegen. Damit zeigt die Rehabilitation eine klare Struktur. Die modellhafte Tertiärprävention ist institutionell primär bei den UVT verankert, während alle anderen Akteursgruppen nur begrenzt in die empirisch sichtbaren Rehabilitationsprozesse eingebettet

sind. Diese Verteilung erklärt die niedrigen Modellabdeckungen der übrigen Perspektiven und verweist auf ein übergreifendes Sichtbarkeits- und Koordinationsdefizit im Gesamtsystem.

6.7.5 Wiedereingliederung

Die Phase der Wiedereingliederung entspricht im Modell der innerbetrieblichen Rehabilitation und fasst tertiärpräventive Maßnahmen zusammen, die nach einem Notfall auf die Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben und die Begrenzung längerfristiger Folgen abzielen. Bewertet werden technische Anpassungen, organisationale Strukturen und personenbezogene Unterstützungsprozesse, die die Rückkehr in den Betrieb vorbereiten, begleiten und absichern. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung zeigen über alle Perspektiven hinweg ein heterogenes Bild mit deutlichen Abweichungen zwischen modellhaft beschriebenen Zuständigkeiten und den empirisch berichteten Maßnahmen.

6.7.5.1 TP1 Betroffene

In der Perspektive der Betroffenen (TP1) wird die innerbetriebliche Rehabilitation nur in sehr geringem Umfang sichtbar. Technische Maßnahmen, wie bauliche und technische Anpassungen im Betrieb, wurden in diesem Teilprojekt nicht erhoben und gehen daher nicht in die Bewertung ein. Auf organisationaler Ebene werden einzelne Elemente berichtet, darunter betriebliches Eingliederungsmanagement, Arbeits- und Belastungstests, angepasste Arbeitszeiten, Versetzungen, Gespräche zur Maßnahmenfindung, Anpassungen von Aufgaben und finanzielle Unterstützung. Die berichteten Anteile liegen allerdings durchgängig im einstelligen Prozentbereich. der Ebenenmittelwert beträgt 3,15 % (Note 6). Auf der personenbezogenen Ebene werden verständnisvolles Verhalten von Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten, gelebte Fürsorge, flexible Arbeitszeiten, Gespräche zur Maßnahmenfindung, Belastungserprobungen sowie Aufgabenanpassungen genannt, ebenfalls auf sehr niedrigem Niveau. Der Mittelwert liegt hier bei 1,58 % (Note 6). Insgesamt ergibt sich in der Betroffenenperspektive ein Gesamtmittelwert von 2,37 % und damit eine Modellbewertung im Bereich der Note 6. Auf Basis dieser Daten erscheint die innerbetriebliche Wiedereingliederung nach psychisch belastenden Notfällen aus Sicht der Beschäftigten eher als Einzelfalllösung denn als klar erkennbarer, strukturiert verankerter Prozess.

6.7.5.2 TP1 Unternehmen

Die Unternehmensperspektive (TP1) zeichnet ein differenzierteres, aber ebenfalls vom Modell abweichendes Bild. Auf der technischen Ebene werden Anpassungen baulicher und technischer Maßnahmen nach einem Ereignis in einem Teil der Betriebe berichtet. Technische Maßnahmen werden in 20,61 %, bauliche Anpassungen in 12,88 % der Fälle genannt. Der daraus resultierende Ebenenmittelwert von 16,75 % (Note 5) weist darauf hin, dass technische Nachsteuerungen nach Notfällen durchaus vorkommen, aber nicht systematisch in allen Betrieben umgesetzt werden. Auf organisationaler Ebene sind einzelne Kernelemente der Wiedereingliederung etabliert. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement wird von 57,62 % der Unternehmen angegeben, Krankentrückkehrgespräche von 54,84 %, die Zusammenarbeit mit arbeitsmedizinischen bzw. betriebsärztlichen Diensten von 45,20 % und die Zusammenarbeit mit Arbeitspsychologinnen und Arbeitspsychologen von 16,02 %. Andere modellrelevante Bausteine, etwa die systematische Anwendung des Hamburger Modells, eine eng abgestimmte Verzahnung mit dem Reha-Management der Unfallversicherungsträger oder eine konsequente Anpassung der Gefährdungsbeurteilung, werden in dieser Stichprobe nicht

benannt und gehen mit 0,00 % in die Bewertung ein. Der Mittelwert von 28,95 % (Note 5) spiegelt damit eine selektive, nur teilweise institutionalisierte Umsetzung der organisationalen Wiedereingliederungsstrukturen wider. Personenbezogene Maßnahmen werden ebenfalls in relevanten Anteilen berichtet, z. B. ein stetiger Kontakt zwischen Führungskraft und Beschäftigten (50,77 %), die Begleitung der Wiedereingliederung durch Kolleginnen und Kollegen (43,49 %) und das Angebot einer alternativen Tätigkeit im Unternehmen (31,57 %). Weitere modellbezogene Instrumente, etwa systematische Nachbefragungen, BEM-Gespräche mit explizitem psychosozialen Fokus, strukturiert geförderter kollegialer Support oder formal definierte Belastungserprobungen, werden in den Angaben der Unternehmen nicht sichtbar und gehen mit 0,00 % in den Ebenenmittelwert ein (15,73 %, Note 6). Insgesamt ergibt sich für die Unternehmensperspektive ein Gesamtmittelwert von 20,48 % (Note 5). Die Daten deuten darauf hin, dass Unternehmen durchaus über einzelne etablierte Bausteine der innerbetrieblichen Wiedereingliederung verfügen, das im Modell beschriebene, systematisch psychisch informierte Wiedereingliederungskonzept aber nur fragmentarisch abgebildet wird.

6.7.5.3 TP2 Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger (TP2) bilden die Phase der Wiedereingliederung im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags deutlicher ab und erreichen in der Modellbewertung einen Mittelwert von 44,83 % (Note 4). Auf technischer Ebene ist die Wiedereingliederung klar an die Ergebnisse der außerbetrieblichen Unfallanalyse gekoppelt. Die Umsetzung bzw. Anpassung baulicher und technischer Maßnahmen im Betrieb, etwa Umbauten oder technische Nachrüstungen, wird als Ergebnis von UVT-Empfehlungen von den Berufsgenossenschaften in 85,70 %, von den Unfallkassen in 71,40 %, von den Feuerwehr-Unfallkassen in 33,30 % und von sonstigen Trägern in 75,00 % berichtet. Der technische Ebenenmittelwert von 66,35 % (Note 3) zeigt, dass technische Nachsteuerungen nach Notfällen im Zusammenspiel von UVT und Betrieben in weiten Teilen etabliert sind, wenn auch in unterschiedlicher Tiefe je nach Trägerart. Auf organisationaler Ebene fokussieren die UVT deutlich auf Steuerungs- und Unterstützungsfunktionen im Wiedereingliederungsprozess. Die Beteiligung der UVT am Betrieblichen Eingliederungsmanagement und an Wiedereingliederungsprozessen wird mit Anteilen zwischen 42,90 und 66,70 % berichtet. Stufenweise Wiedereingliederung und Belastungserprobungen werden in 25,00 - 42,90 % der Fälle genannt, Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanpassungen (Versetzung, Arbeitsplatzgestaltung) in Anteilen zwischen 25,00 und 71,40 %. Finanzielle und organisatorische Flankierungen, etwa Wiedereingliederungshilfen oder Entgeltersatzleistungen, liegen in einem Bereich von 25,00 - 42,90 %. der Übergang von der medizinischen Rehabilitation in den Betrieb wird in 42,90 - 75,00 % als fließend oder nahtlos beschrieben. Der Ebenenmittelwert von 40,13 % (Note 5) weist darauf hin, dass UVT-gestützte Wiedereingliederungsstrukturen übergreifend vorhanden, aber nicht durchgängig voll modellkonform umgesetzt sind. Auf der personenbezogenen Ebene werden Unterstützungsformen berichtet, die unmittelbar auf die betroffene Person abzielen, darunter psychologische Begleitung und Rückkehrgespräche, Beteiligung am BEM, stufenweise Wiedereingliederung, Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanpassungen sowie ein möglichst bruchloser Übergang von der Reha zurück in den Betrieb. Die berichteten Anteile bewegen sich je nach Maßnahme und Träger zwischen 25,00 und 71,40 %, der Ebenenmittelwert beträgt 28,01 % (Note 5). Insgesamt legen die Daten nahe, dass die UVT über verschiedene Hebel, technische Empfehlungen, Reha- und BEM-Prozesse, finanzielle und organisatorische Unterstützung, substanzielle Beiträge zur Wiedereingliederung leisten, diese Beiträge aber zwischen Trägerarten und Betrieben unterschiedlich ausgeprägt sind und nicht alle psychosozialen Modellanforderungen vollständig abdecken.

6.7.5.4 TP4 Externe Anbietende

Die externen psychosozialen Anbieter (TP4) nehmen in der innerbetrieblichen Rehabilitation eine ergänzende Rolle ein und erreichen in der Modellbewertung einen mittleren Erfüllungsgrad von 20,29 % (Note 5). Technische Maßnahmen liegen vollständig außerhalb ihres Verantwortungsbereichs und werden nicht bewertet. Auf organisationaler Ebene unterstützen externe Anbieter Betriebe punktuell im Kontext von Wiedereingliederung, etwa über Beratung und Vorbereitung, BEM-bezogene Begleitung, Unterstützung bei Belastungserprobungen und Rückkehrschritten, spezifische Angebote für Führungskräfte sowie in Einzelfällen Organisationsberatung oder Stellungnahmen. Die entsprechenden Anteile liegen zwischen 4,35 und 30,43 %. der Ebenenmittelwert beträgt 23,19 % (Note 5). Auf personenbezogener Ebene bieten externe Fachkräfte Gesprächs- und Begleitangebote im Rahmen von Wiedereingliederung und Belastungserprobung an, die in 17,39 % der Fälle berichtet werden (Note 5). Die zentralen Modellanforderungen, formal gesteuerte BEM-Prozesse, innerbetrieblicher kollegialer Support, Anpassung der Gefährdungsbeurteilung, Eignungsfeststellungen, sind in der Systemlogik primär Unternehmen und UVT zugeordnet und können von externen Anbietern nur indirekt oder punktuell beeinflusst werden.

6.7.5.5 Fazit Wiedereingliederung

In der Zusammenschau zeigt die Phase der Wiedereingliederung, dass die modellhaften Anforderungen an eine innerbetriebliche Rehabilitation nach psychisch belastenden Notfällen in der vorliegenden Untersuchung nur teilweise umgesetzt werden. Die Unternehmen weisen einzelne strukturelle Bausteine auf, insbesondere im Bereich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, der arbeitsmedizinischen Einbindung und von Rückkehrgesprächen, bilden das Gesamtmodell jedoch nur fragmentarisch ab. Die Unfallversicherungsträger tragen wesentlich zur Stabilisierung der Wiedereingliederung über technische Empfehlungen, Reha- und BEM-Beteiligung sowie finanzielle und organisatorische Unterstützung bei, ohne eine vollständig standardisierte, durchgängig modellkonforme Umsetzung zu erreichen. Externe psychosoziale Anbieter flankieren diese Prozesse mit Beratungs- und Begleitangeboten, verfügen aber systemisch nicht über die Steuerungsverantwortung. Aus Sicht der Betroffenen bleiben Wiedereingliederungsprozesse entsprechend häufig wenig sichtbar oder informell, was die sehr niedrigen Mittelwerte in dieser Perspektive plausibel erklärt. Die Phase weist damit erkennbaren Entwicklungsbedarf auf, insbesondere in der konsistenten, psychisch informierten Gestaltung und Kommunikation innerbetrieblicher Wiedereingliederungsstrukturen sowie in der sichtbaren Verknüpfung der Beiträge von Unternehmen, UVT und externen Fachkräften.

6.7.6 Gesamtfazit

Die Gesamtbewertung des Präventionsmodells über alle Phasen und Perspektiven hinweg zeigt ein deutlich heterogenes Umsetzungsbild. Zwischen den beteiligten Akteursgruppen bestehen erhebliche Unterschiede in der Art und dem Umfang der berichteten Maßnahmen, die sowohl auf unterschiedliche gesetzliche Zuständigkeiten als auch auf variierende Ressourcen, Strukturen und institutionelle Einbettungen zurückzuführen sind. Die Analyse zielt nicht auf pauschale Schuldzuschreibungen, sondern beschreibt ein systemisches Muster, das sich aus den vorliegenden empirischen Daten ergibt.

Aus Unternehmenssicht (TP1) ergibt sich ein Gesamtmittelwert von 19,92 %, entsprechend der Note 5. Die Umsetzung der Modellanforderungen erfolgt selektiv und bleibt klar hinter den

modellhaft definierten Standards zurück. Auffällig ist die Diskrepanz zwischen Modell- und Perspektivbewertung. Unternehmen berichten eine deutlich höhere Umsetzungsquote (durchschnittlich 39,10 %), bei gleichzeitigem Modus von 0,00 % und einem Median von 32,00 %. Diese Kombination deutet darauf hin, dass viele Bereiche gar nicht oder nur in sehr geringem Umfang umgesetzt werden, während einzelne Betriebe oder Teilstrukturen deutlich höhere Werte erreichen. Interpretatorisch spricht dies weniger für „Fehleinschätzungen“ im Sinne bewusster Beschönigung, sondern für heterogene interne Bewertungslogiken, lückenhafte Modellkenntnis und eine nur teilweise Sichtbarkeit psychosozialer Prozesse im betrieblichen Selbstbild.

Die Betroffenenperspektive (TP1) bildet diese Diskontinuität noch deutlicher ab. Mit einem Gesamtmittelwert von 10,21 % und der Note 6 zeigen die Daten, dass Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aus Sicht der Betroffenen nur in sehr geringem Umfang sichtbar werden. Die Perspektivbewertung (Mittelwert 4,36 / Note 5) signalisiert eine subjektiv erlebte Unterversorgung über alle Phasen hinweg. Dass Betroffene Präventions- und Unterstützungsstrukturen kaum wahrnehmen, ist eher als Hinweis auf eine geringe Implementationsdichte und deutliche Kommunikationsdefizite zu interpretieren anstatt als Beleg für das vollständige Fehlen von Maßnahmen.

Die Unfallversicherungsträger (TP2) erreichen über alle Phasen einen Gesamtmittelwert von 46,99 % (Note 4) und stellen damit den funktional stärksten institutionellen Akteur im Modell dar. Sie bilden vor allem die Phasen der außerbetrieblichen Rehabilitation, der Heilverfahrenssteuerung und der technischen Nachsteuerung ab. Dieser Befund spiegelt vorrangig die klar umrissene gesetzliche Verantwortung der UVT wider. Zugleich zeigen die Daten, dass psychosoziale Modellkomponenten, die primär betrieblich verankert sein müssten, nur begrenzt in den Einflussbereich der UVT fallen und daher systematisch nicht vollständig abgebildet werden können.

Ehrenamtliche PSNV-B-Teams (TP3) weisen mit 83,31 % (Note 2) in der Modellbewertung eine hohe Übereinstimmung mit den Anforderungen der Akutphase auf. Der Sekundärdatensatz bestätigt dies mit 87,50 % (Note 2). Die hohen Werte sind im Kontext der klar definierten Aufgabe, der standardisierten Abläufe und der engen fachlichen Normierung der PSNV-B-Einsätze zu verstehen.

Externe psychosoziale Anbieter (TP4) liegen mit einem Gesamtmittelwert von 14,17 % (Note 5) am unteren Ende des Spektrums. Die geringe Modellabdeckung ist weniger ein Hinweis auf unzureichende fachliche Qualität als Ausdruck einer strukturellen Fehlpassung zwischen Modellanforderungen und realem Mandat. Viele im Modell bewertete Bausteine, insbesondere technische Maßnahmen, Gefährdungsbeurteilungen, innerbetriebliche Wiedereingliederungsprozesse und UVT-gesteuerte Rehabilitationspfade, liegen außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs und können von externen Anbietern nur flankierend, nicht steuernd beeinflusst werden.

Im Querschnitt ergibt sich ein konsistentes Muster. Die höchste Modellkonformität zeigt sich in der Akutphase, insbesondere bei PSNV-B-Teams und den entsprechenden Sekundärdaten, wo Rollen, Abläufe und Schnittstellen klar definiert sind. Die niedrigsten Werte finden sich in der unternehmensinternen Prävention, Weiterführende Betreuung und Wiedereingliederung, insbesondere dort, wo psychosoziale Inhalte systematisch in Arbeitsschutz- und Organisationsprozesse integriert werden müssten. Die UVT fungieren als strukturelles Bindeglied, insbesondere in technischen und rehabilitativen Prozessen, können aber betrieblich verortete

Defizite nur begrenzt kompensieren. Betroffene berichten insgesamt die geringste Sichtbarkeit der modellhaften Maßnahmen, was auf ein ausgeprägtes Implementierungs- und Kommunikationsdefizit zwischen Systemebene und individueller Wahrnehmung hinweist.

Externe Anbieter wirken überwiegend ergänzend und fallbezogen, ohne dass daraus flächendeckend institutionalisierte Prozessketten entstehen.

Zusammenfassend zeigt die Gesamtanalyse ein Präventionsmodell, dessen normative Architektur schlüssig angelegt ist, dessen reale Umsetzung jedoch stark von Akteursrollen, rechtlichen Zuständigkeiten und organisationalen Rahmenbedingungen abhängt. Die größten systematischen Lücken liegen in der unternehmensinternen, psychosozial informierten Prävention, Weiterführende Betreuung und Wiedereingliederung, insbesondere in der verbindlichen Verankerung von Zuständigkeiten, Kommunikationswegen und Weiterführende Betreuungspfaden. Gleichzeitig belegen die hohen Werte in der PSNV-B-Akuthilfe, dass klare Mandate und standardisierte Abläufe eine hohe Modelltreue ermöglichen. Die Diskrepanz zwischen Modellanforderungen und realer Praxis legt nahe, dass das Modell, insbesondere in den Bereichen betrieblicher Verantwortung, entweder stärker implementiert oder strukturell an die tatsächliche Zuständigkeitslandschaft angepasst werden müsste, um seine intendierte Wirksamkeit in der Breite entfalten zu können.

6.7.6.1 Gesamtfazit aus Betroffenenperspektive

Die zusammengeführte Analyse aller vier Akteursgruppen zeigt, dass Betroffene Notfälle und deren Folgen nicht als Ergebnis eines kohärenten Unterstützungsprozesses erleben, sondern als eine lose Abfolge einzelner Maßnahmen unterschiedlicher Beteiligter. Obwohl Unternehmen, Unfallversicherungsträger, externe psychosoziale Anbieter und PSNV-B-Teams jeweils bestimmte Modellkomponenten abdecken, entsteht für die betroffene Person kein durchgängiger Versorgungspfad, der die Phasen von Prävention, Akuthilfe, Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung logisch miteinander verbindet. Die empirischen Werte verdeutlichen, dass die wahrgenommene Unterstützung trotz vorhandener Strukturen in mehreren Systembereichen kaum sichtbar wird.

Unternehmen, die modelllogisch die kontinuierliche Verantwortung über alle Phasen hinweg tragen, erreichen über sämtliche Modellbausteine hinweg nur geringe Erfüllungsgrade. Weder in der Primärprävention noch in Akuthilfe, Weiterführende Betreuung oder Wiedereingliederung zeigt sich eine strukturell implementierte, psychisch informierte Prozesskette. Die wiederkehrenden Befunde niedriger Prozentwerte, insbesondere in der Akuthilfe (8,02 %) und der Weiterführende Betreuung (15,99 %), belegen, dass betriebliche Maßnahmen entweder nicht bestehen, nicht ausreichend kommuniziert oder nicht als psychosozial relevante Intervention erkannt werden. Das führt dazu, dass diejenige Instanz, die Betroffene eigentlich durch alle Phasen tragen müsste, im empirischen Bild kaum in Erscheinung tritt.

Demgegenüber erfüllen die Unfallversicherungsträger die modellhaft vorgesehenen außerbetrieblichen Aufgaben vergleichsweise stabil. Insbesondere in der technischen und organisationalen Rehabilitation sowie in Teilen der Weiterführende Betreuung zeigen die UVT substantiell höhere Erfüllungsgrade (bis zu 57,33 %). Zugleich weisen die Daten darauf hin, dass diese Prozesse für Betroffene nur begrenzt sichtbar sind. Maßnahmen wie Heilverfahrenssteuerung, Reha-Management oder psychotherapeutische Zugangssteuerung finden zwar statt, werden aber selten als Bestandteil eines psychosozialen Gesamtsystems wahrgenommen.

Die UVT wirken damit als starkes, aber überwiegend externes Systemsegment, dessen Leistungen nicht systematisch in betriebliche Strukturen rückgekoppelt werden.

Externe psychosoziale Anbieter verfügen über fachlich hochwertige Interventionen, die inhaltlich zentrale Aspekte psychosozialer Weiterführende Betreuung und Weiterführende Betreuung abdecken. Ihre Gesamtbewertung bleibt jedoch niedrig, weil sie strukturell nur punktuell in betriebliche oder UVT-gesteuerte Prozesse eingebunden werden. Sie agieren überwiegend anlassbezogen und ohne institutionelle Verankerung. Für Betroffene bedeutet dies, dass qualifizierte psychosoziale Unterstützung zwar verfügbar sein kann, aber nicht als selbstverständlicher, flächendeckender Bestandteil der betrieblichen oder UVT-getragenen Versorgung etabliert ist.

Die PSNV-B-Teams zeigen in der Akuthilfe die höchsten Werte aller Akteure und erbringen die unmittelbar nach dem Ereignis wirksamsten psychosozialen Interventionen. Ihr gesetzlich und strukturell begrenztes Mandat bedeutet jedoch, dass ihre Tätigkeit mit der Akutphase endet und sie in die nachfolgenden Phasen der Weiterführende Betreuung, Rehabilitation oder Wiedereingliederung nicht eingebunden sind. Damit entsteht für Betroffene ein ausgeprägter Bruchpunkt. Eine qualitativ hochwertige psychosoziale Erstversorgung steht am Beginn des Prozesses, wird jedoch nicht systematisch in einen kontinuierlichen Unterstützungsverlauf überführt.

In der Zusammenschau entsteht aus Betroffenenensicht ein Versorgungssystem, das nicht durchgängig als solches erkennbar ist. Die extrem niedrigen Betroffenenwerte in der Weiterführende Betreuung (3,67 %), der Rehabilitation (2,68 %) und der Wiedereingliederung (2,37 %) verdeutlichen, dass es keine sichtbare, institutionell gesicherte Anschlussfähigkeit zwischen den Phasen gibt. Die Daten legen nahe, dass Unterstützungsprozesse eher als zufällig, informell oder individuell initiiert wahrgenommen werden, statt als strukturierte, modellkonforme Sequenz. Dies betrifft sowohl die Weitergabe von Informationen zwischen Akteuren als auch die Einbindung der Betroffenen in therapeutische, organisatorische oder rehabilitative Pfade.

Das Zusammenwirken der Akteure erzeugt damit kein integriertes Gesamtsystem, sondern ein Nebeneinander funktionaler Teilbereiche, deren Verantwortlichkeiten sich nur begrenzt überschneiden. Unternehmen tragen die durchgängige Verantwortung, setzen diese aber empirisch kaum um. UVT erfüllen ihre gesetzlichen Mandate, bleiben jedoch im betrieblichen Alltag und in der Wahrnehmung der Betroffenen weitgehend unsichtbar. Externe Anbieter wirken unterstützend, aber ohne strukturelle Einbettung. PSNV-B-Teams sind qualitativ stark, aber ausschließlich auf die Akutphase begrenzt. Für Betroffene resultiert daraus ein Unterstützungsverlauf, der durch Lücken, Brüche und fehlende Übergangsstrukturen geprägt ist. Die vorhandenen Systeme greifen faktisch nicht ineinander, sodass die Betroffenen vor allem auf die punktuelle Wirksamkeit einzelner Akteure treffen, nicht aber auf ein abgestimmtes, durchgängiges Präventions- und Rehabilitationssystem.

Aus den beschriebenen Befunden lassen sich vorsichtige, systemisch gedachte Handlungsempfehlungen ableiten. Sie zielen weniger auf einzelne Akteursgruppen als auf das Zusammenwirken der Systeme, auf Sichtbarkeit und auf die Übersetzung bereits bestehender Strukturen in einen für Betroffene erkennbaren, durchgängigen Prozess.

6.7.6.2 Gesamtfazit aus Unternehmensperspektive

Auf Unternehmensebene legen die Daten nahe, dass teilweise ein völliges Fehlen von Strukturen das Problem ist, aber auch ihre selektive Umsetzung und geringe Sichtbarkeit. Der Gesamtmittelwert von 19,92 % bei gleichzeitigem Modus von 0,00 % spricht dafür, dass bestimmte Betriebe bereits relativ weitreichende Maßnahmen umgesetzt haben, während ein relevanter Anteil kaum Modellbausteine abbildet. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, Mindeststandards für betriebliche Präventions- und Weiterführende Betreuungsprozesse zu definieren, die technisch-organisatorische Strukturen (z. B. Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, Notfallkonzepte, BEM) explizit mit psychosozialen Inhalten verknüpfen. Eine konsequentere Verankerung von Zuständigkeiten, Meldewegen und Unterweisungsinhalten in bestehenden Arbeitsschutz- und Personalprozessen könnte dazu beitragen, dass formal vorhandene Strukturen für Beschäftigte sichtbarer werden. Die Diskrepanz zwischen Unternehmensangaben und Betroffenenwahrnehmung deutet darauf hin, dass Kommunikation, Information und wiederkehrende Unterweisung zentrale Ansatzpunkte sind. Handlungsempfehlungen betreffen daher weniger die Einführung völlig neuer Instrumente als die psychisch informierte Ausgestaltung und systematische Nutzung bereits vorhandener Formate wie Gefährdungsbeurteilung, Unterweisungen, Führungskräftebildungen, Krankenrückkehr- und BEM-Gespräche.

6.7.6.3 Gesamtfazit aus Perspektive der Unfallversicherungsträger

Für die Unfallversicherungsträger zeigen die Ergebnisse, dass sie in Rehabilitation und technischen/organisationalen Weiterführenden Betreuungsprozessen eine tragende Rolle einnehmen und in Teilen bereits deutlich über das gesetzlich Geforderte hinausgehen. Die Modellbewertungen im Bereich um 50 - 57 % sollten daher nicht als Hinweis auf „Defizite“ verstanden werden, sondern als Ausdruck einer begrenzten Abbildbarkeit ihrer komplexen Aufgaben im vorliegenden Modell und der Heterogenität der Berichtspraxis. Handlungsempfehlungen richten sich hier vor allem auf die Schnittstellen. Aus den Daten lässt sich ableiten, dass die von den UVT gesteuerten Prozesse, Heilverfahrenssteuerung, Reha-Management, technische Nachsteuerung, für Betroffene und Betriebe nur eingeschränkt wahrnehmbar sind. Eine Option bestünde darin, bestehende Steuerungsprozesse stärker mit betrieblicher Kommunikation und Dokumentation zu verknüpfen, etwa durch standardisierte Informationswege an Unternehmen und Beschäftigte, in denen UVT-Leistungen, Zuständigkeiten und mögliche weitere Schritte verständlich zusammengefasst werden. Ebenso könnten gemeinsame Orientierungsrahmen oder Handreichungen von UVT und Unternehmen dazu beitragen, dass betriebliche Prozesse (Gefährdungsbeurteilung, BEM, Wiedereingliederung) sichtbarer von den Erkenntnissen der UVT profitieren, ohne dass die Träger neue gesetzliche Aufgaben übernehmen müssten.

6.7.6.4 Gesamtfazit aus Perspektive der Externen Anbietenden

Die Rolle externer psychosozialer Anbieter ist im Modell strukturell unterbewertet, weil ein Großteil der bewerteten Bausteine außerhalb ihres Mandats liegt. Die niedrigen Modellwerte spiegeln daher primär eine Passungsproblematik zwischen Bewertungslogik und Zuständigkeit wider. Handlungsempfehlungen zielen hier weniger auf eine Ausweitung ihrer Aufgaben, sondern auf eine klarere und frühzeitigere Einbindung in bestehende betriebliche und UVT-Prozesse. Aus den Befunden lässt sich ableiten, dass externe Angebote häufig anlassbezogen und projektförmig genutzt werden. Eine mögliche Weiterentwicklung bestünde darin, externe Anbieter stärker in standardisierte betriebliche Notfall- und Weiterführende Betreuungspfade

einzubetten, etwa über Rahmenverträge, definierte Auslösekriterien, festgelegte Zugangswege und vereinbarte Rückmeldestrukturen. Damit könnte die vorhandene fachliche Expertise besser in die Prozesskette integriert werden, ohne die strukturelle Verantwortung von Unternehmen und UVT zu verschieben.

6.7.6.5 Gesamtfazit aus Perspektive der ehrenamtliche PSNV-B-Teams

Die sehr hohen Modellwerte der PSNV-B-Teams und des zugehörigen Sekundärdatensatzes belegen, dass klar definierte Rollen, standardisierte Abläufe und fachliche Rahmung eine hohe Modelltreue in der Akuthilfe ermöglichen. Gleichzeitig zeigen die Daten und Rückmeldungen der Teams, dass Einsätze in Betrieben häufig Aufgaben berühren, die modelllogisch und rechtlich der Verantwortung der Unternehmen zuzuordnen wären. Aus Sicht der Ehrenamtlichen werden Unternehmenseinsätze dabei als anders beanspruchend beschrieben, weil sie in ihrer Häufigkeit, Dauer und in den organisationalen Rahmenbedingungen kaum planbar sind und sich Beanspruchungsspitzen ergeben, die sich nicht über hauptamtliche Strukturen abfedern lassen. Handlungsempfehlungen sollten daher ausdrücklich vermeiden, PSNV-B-Teams als kompensatorische Dauerlösung für defizitäre betriebliche Strukturen zu interpretieren. Stattdessen erscheint es angezeigt, Unternehmensverantwortung für psychosoziale Akuthilfe klarer zu markieren, die Einsatzindikationen von PSNV-B im Unternehmenskontext zu schärfen und zugleich die ehrenamtlichen Strukturen durch Supervision, Weiterführende Betreuungangebote und eine realistische Erwartungssteuerung vor einer chronischen Überbeanspruchung zu schützen. Unternehmen sollten dabei nicht nur als „Einsatzorte“, sondern als eigenständig verantwortliche Akteure adressiert werden, die PSNV-B als ergänzende Ressource in klar umrissenen Situationen in Anspruch nehmen, nicht als Ersatz für fehlende innerbetriebliche Präventions-, Akuthilfe- und Weiterführende Betreuungsprozesse.

6.7.7 Handlungsempfehlungen im Querschnitt

Querschnittlich legen die extrem niedrigen Betroffenenwerte in Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung nahe, dass weniger einzelne Leistungen fehlen, sondern dass die Verknüpfung der Phasen aus Sicht der Beschäftigten nicht erkennbar ist. Betroffene erleben eher punktuelle Unterstützungsakte als eine strukturierte Kette. Handlungsempfehlungen sollten daher auf die Gestaltung von „Pfaden“ gerichtet sein. Es erscheint sinnvoll, in Betrieben und gemeinsam mit UVT und externen Partnern Orientierungsmodelle zu entwickeln, die für Beschäftigte transparent machen, welche Schritte nach einem Notfall möglich sind, wer in welcher Phase ansprechbar ist und wie zwischen Akuthilfe, weiterer Weiterführende Betreuung, Rehabilitation und Wiedereingliederung übergeleitet wird. Solche Modelle müssen nicht zwingend neue Ressourcen schaffen, sondern können vorhandene Strukturen so miteinander verbinden, dass sie als kohärenter Prozess wahrgenommen werden.

Schließlich richtet sich eine systemische Handlungsempfehlung auf das Präventionsmodell selbst. Die empirischen Daten zeigen, dass bestimmte Modellbausteine strukturell bei einzelnen Akteursgruppen nicht verortet sind und deshalb in der Bewertung zwangsläufig niedrige Werte erzeugen, ohne dass tatsächlich ein Umsetzungsdefizit vorliegt. Für zukünftige Anwendungen des Modells erscheint es daher sinnvoll, Zuständigkeiten und Bewertungslogik enger aneinander anzupassen, etwa durch differenzierte Soll-Profile je Akteursgruppe oder durch eine separate Bewertung von Qualität und Mandats-Passung. Auf diese Weise könnten

Abschlussbericht zum Vorhaben „Psychosoziale Notfallversorgung in Betrieben
– eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“ (Projekt-Nr. FF-FP 0475)

Handlungsempfehlungen noch präziser auf jene Bereiche gerichtet werden, in denen tatsächlich Entwicklungsspielräume bestehen, während Bereiche, in denen Akteure bereits über ihr Kernmandat hinaus tätig sind, angemessen berücksichtigt werden.

7 Aktueller Umsetzungs- und Verwertungsplan

Im Forschungsprojekts wurde eine deutschlandweite Bestandsaufnahme der Psychosozialen Notfallversorgung in Betrieben aus Sicht verschiedener beteiligter Akteure durchgeführt. Die Ergebnisse zu den in der Problemstellung dargestellten Handlungsfelder 1 und 2 werden der DGUV in diesem Abschlussbericht vorgelegt, publiziert und der breiten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht.

Handlungsfeld 1: Analyse der aktuellen Situation in Deutschland. Wie wird die psychosoziale Betreuung von Beschäftigten, nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext, in Betrieben umgesetzt?

Handlungsfeld 2: Eruierung der betrieblichen Faktoren und Maßnahmen, die eine psychosoziale Betreuung nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext positiv oder negativ beeinflussen.

Nach Abschluss dieses Forschungsprojekts sind weiterführende Publikationen der Ergebnisse und der teilgruppenübergreifenden Ergebnisse geplant. Alle bereits erfolgten und geplanten Publikationen sind in Abschnitt 3.5 dargestellt.

Ausblick auf weitere Forschung inkl. Bedeutung für die Unfallversicherungsträger

Offen ist, wie in der Problemstellung dargestellt, die Erforschung des Handlungsfelds 3.

Handlungsfeld 3: *Wirksamkeit der verschiedenen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen für die Erhaltung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten nach plötzlich auftretenden Extremsituationen im Arbeitskontext.*

Die Bestandsaufnahme war der erste Schritt. Die Untersuchung des **3. Handlungsfeldes** kann erst in einem zweiten Schritt erfolgen, wenn zunächst erforscht wurde, welchen betrieblichen Faktoren und Maßnahmen bei der psychosozialen Betreuung von Beschäftigten nach Notfallsituationen im Arbeitskontext angewandt werden. Die mögliche weitere Erforschung des Handlungsfelds 3 ist nachfolgend dargestellt.

Über die 4 Teilprojekte hinweg konnten **drei übergeordnete Handlungsfelder** für weitere Forschungstätigkeiten identifiziert werden: die **Versorgung** (Art und Weise wie die PSNV in Betrieben organisiert ist), die **Qualifizierung** (die Qualifizierung der betrieblichen Akteure) und die **Dokumentation** (die Dokumentation der an Notfällen mit betrieblicher Indikation beteiligten Personen). In einer längsschnittlichen Interventionsforschung kann die Wirksamkeit von Maßnahmen in diesen Bereichen für Betriebe unterschiedlicher Branchen und Größen weiterführend erforscht werden.

Die Konzeption der Interventionen sollte auf Grundlage der Ergebnisse der Bestandsaufnahme erfolgen. Mit der Durchführung und einer Ergebnis- und Prozessevaluation der Interventionen können neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn für die Präventions- und Rehabilitationsarbeit der Unfallversicherungsträger konkrete Konzepte und Materialien zu

wirksamen Maßnahmen vorgelegt werden, die für die Beratung der Betriebe bei der Umsetzung einer Psychosozialen Notfallversorgung genutzt werden können. Ebenso können durch nachgewiesene wirksame Maßnahmen Regulierungen angestoßen und Qualitätsanforderungen in den Bereichen Qualifizierung und Weiterbildung sowie den Standards, auf denen Angebote basieren, definiert werden. Mit wissenschaftlich bestätigten wirksamen Maßnahmen könnten Unfallversicherungsträger Betrieben noch besser und evident unterstützen eine gute Notfallprävention zu etablieren und wenn ein Notfall passiert eine gute psychosoziale Betreuung der Beschäftigten zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Attridge, M. (2019). A Global Perspective on Promoting Workplace Mental Health and the Role of Employee Assistance Programs. *American journal of health promotion : AJHP*, 33(4), 622–629. <https://doi.org/10.1177/0890117119838101c>
- Auth, N., Booker, M., Wild, J. & Riley, R. (2022). Mental health and help seeking among Mental health and help seeking among trauma-exposed emergency service staff: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*(12), 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047814>
- Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P. & Herdegen, R. (2011). *iga.Report 20: Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. Umfrage und Empfehlungen.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). *Springer-Lehrbuch*. Springer Berlin Heidelberg.
- Brenscheidt, S [S], Siefer, A [Anke], Hinnenkamp, H [Heike], Hünefeld, L [Lena], Lück, M. & Kopatz, F. (2020). *Arbeitswelt im Wandel, Ausgabe 2020*. <https://doi.org/10.21934/baua:praxis20200131>
- Brenscheidt, S [S.], Siefer, A [A.], Hinnenkamp, H [H.], Hünefeld, L [L.], Meyer, S.-C. & Backhaus, N. (2021). *Arbeitswelt im Wandel, Ausgabe 2021*. <https://doi.org/10.21934/baua:praxis20210304>
- Arbeitsschutzgesetz (1996 & i.d.F.v. 31.05.2023).
- Siebttes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) § 193 Pflicht zur Anzeige eines Versicherungsfalls durch die Unternehmer, SGB VII (1996).
- Bundesdatenschutzgesetz (2017). https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/BJNR209710017.html
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2013). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3. Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203774441>
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017b). *DGUV Grundsatz 306-001: Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015a). *DGUV Information 206-017: Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015b). *DGUV Information 206-018: Trauma – Psyche – Job. Ein Leitfaden für Aufsichtspersonen*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017a). *DGUV Information 206-023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2018). *Psychotherapeutenverfahren*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2020). *Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2020*. <https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2021/artikel/kennziffern-der-deutschen-gesetzlichen-unfallversicherung-2020>
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2023). *Arbeitsunfallgeschehen: 2023*.
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>
- Leitfaden zur Erhebung der Zufriedenheit mit der Erstbetreuung nach Notfällen im ÖPNV: Unveröffentlichtes Manuskript, Arbeitsmedizinische Fakultät.* (2018).

- Eisenberger, R. & Stinglhamber, F. (2011). *Perceived Organizational Support:: Fostering Enthusiastic and Productive Employees*. American Psychological Association.
- VERORDNUNG (EU) 2016/679 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (2016). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- Eurostat. (2016, 31. Oktober). *Unternehmensgröße*. Europäische Kommission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Enterprise_size/de
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll* (4th edition). Palgrave Macmillan.
- Höller, E. (2022). Schnelle Hilfe nach einem Trauma. In Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.), *KOMPAKT: Nachrichten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung* (Nr. 3, S. 1).
- Hoppe, S. (2021). Interview durch S. Rehmer.
- Juds, M., Freudewald, A. & Rehmer, S. (2024). Psychosoziale Notfallversorgung: Ergebnisse zu Angeboten der Unfallversicherungsträger. *DGUV Forum*(9), 13–18. <https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2024/artikel/psychosoziale-notfallversorgung-ergebnisse-zu-angeboten-der-unfallversicherungstraeger>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5. Aufl.). SAGE Publications.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lenzner, T., Neuert, C. & Otto, W. (2015). *Kognitives Pretesting (GESIS Survey Guidelines)*. https://doi.org/10.15465/gesis-sg_010
- Maple, M., Wayland, S., Pearce, T., Bugeja, L., Lal, T. & Jamieson, N. (2020). *Reducing the impact of critical incidence and suicide on construction workers: A rapid review and qualitative study*.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz Verlagsgruppe.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2., erweiterte und aktualisierte Auflage). *De Gruyter Studium*. De Gruyter Oldenbourg.
- Notfallseelsorge Jena-Saale-Holzland (2020). Interview durch S. Rehmer.
- Patterson, D. (2011). The linkage between secondary victimization by law enforcement and rape case outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 328–347. <https://doi.org/10.1177/0886260510362889>
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden 1*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43524-3>
- Rehmer, S., Juds, M., Gödicke, M., Wagner, P. & Niewrzol, D. (2022). Forschungsprojekt zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. *DGUV-Forum*(7-8), 3–8.
- Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C. & Gniewosz, B. (2015). *Empirische Bildungsforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19992-4>
- Richins, M., Gauntlett, L., Tehrani, N., Hesketh, I., Weston, D., Carter, H. & Amlôt, R. (2020). Early Post-trauma Interventions in Organizations: A Scoping Review. *Frontiers in psychology*(11), 1176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01176>
- Sachgebiet „Psyche und Gesundheit in der Arbeitswelt“. (2024). *Fachbereich AKTUELL: Meldung von traumatischen Ereignissen*.
- Shick, M. (2020). *Trauma-Exposed Employee Work Performance: Exploring the Relationships of PTSD Symptom Severity, Perceived Organizational Support, and Moderated by Authentic Leadership*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14991.61609>

- Klassifikation der Wirtschaftszweige (2008). https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/Downloads/klassifikation-wz-2008-3100100089004-aktuell.pdf?__blob=publicationFile
- Steiner, E. & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen*. utb GmbH.
<https://doi.org/10.36198/9783838587882>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K. & Calhoun, L. G. (2017). *Posttraumatic Growth:: Theory, Research, and Applications*. Routledge.
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. (2022). *Umgang mit Bedrohungen und Notfällen: Risiken kennen und angemessen handeln*.
- Wittener Institut für Familienunternehmen. (2024). *Definition: Familienunternehmen*.
<https://www.wifu.de/best-of-fu-wissen/familienunternehmen/>