

A&I

ANÄSTHESIOLOGIE & INTENSIVMEDIZIN

Offizielles Organ: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)
Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung e.V. (DAAF)
Organ: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

D. Hinzmann · A. Schießl · M. Koll-Krüsmann ·
G. Schneider · J. Kreitlow

Peer-Support in der Akutmedizin Peer support in acute medicine

Verlag & Druckerei
Aktiv Druck & Verlag GmbH
An der Lohwiese 36
97500 Ebelsbach
Deutschland
www.aktiv-druck.de

© Anästh Intensivmed 2019;60:95–101 Aktiv Druck & Verlag GmbH
DOI: 10.19224/ai2019.095

ELEKTRONISCHER SONDERDRUCK

Diese PDF-Datei ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt:
keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung in Repositorien.
Nachdruck nur mit Genehmigung der Herausgeber (anaesth.intensivmed@dgai-ev.de).

Peer support in acute medicine

D. Hinzmann^{1,3} · A. Schießl^{2,3} · M. Koll-Krüsmann^{3,5} · G. Schneider¹ · J. Kreitlow^{3,4}

Peer-Support in der Akutmedizin

► **Zitierweise:** Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J: Peer-Support in der Akutmedizin. *Anästh Intensivmed* 2019;60:95–101. DOI: 10.19224/ai2019.095

- 1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum rechts der Isar der TU München, München
- 2 Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schön Klinik München Harlaching
- 3 Verein für Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin – PSU-Akut, München
- 4 Gemeinschaftspraxis für Anästhesie Lob/Gierer/Kiesel/Kreitlow, München
- 5 Praxis für Psychologische Psychotherapie, München

Interessenkonflikt

Der Verein PSU-Akut erhält für das Projekt „Unterstützungsteam PSU-Akut“ zur Einführung von Peer-Support-Systemen in Kliniken eine finanzielle Unterstützung von der Leitstelle Prävention „Gesund.Leben. Bayern“, Bay. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und dem ÄKBV München.

Schlüsselwörter

Peer-Support – Belastung – Akutmedizin – Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) – Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Second Victim – Psychische Belastung am Arbeitsplatz

Keywords

Peer Support – Medical Exposure – Acute Medicine – Critical Incident Stress Management (CISM) – Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) – Second Victim – Mental Stress in the Workplace

Zusammenfassung

Die Akutmedizin als Hochrisikobereich erfordert vom medizinischen Personal stets ein Höchstmaß an Professionalität. Hohe Anforderungen und komplexe Krankheitsbilder stellen Mitarbeiter immer wieder vor schwierige Herausforderungen. Diese führen häufig zu akutem Stress und können eine chronische Stressbelastung zur Folge haben. Zudem kann es jederzeit zu besonders kritischen bzw. potentiell traumatisierenden Ereignissen kommen. Diese können persönlich sehr nahegehen – seien sie schicksalhaft bedingt oder durch mögliche Behandlungsfehler verursacht. Sie können auch bei routinierten Mitarbeitern akute psychische Beeinträchtigungen und intensive Emotionen hervorrufen. Bei tätigkeitsbedingter psychischer Extrembelastung spricht man dabei von sekundärer Traumatisierung.

Im Folgenden werden ein Gesamtkonzept zum Umgang mit schwerwiegenden Ereignissen und erste Erfahrungen mit einem sogenannten Peer-Support-System in der Medizin vorgestellt. Dieses System ist ein hilfreiches Mittel, die Folgen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz in der Medizin zu reduzieren.

Der Gedanke des Peers (aus dem Englischen für Kollege, Kollegin) ist hier der entscheidende Ansatz. Der Peer besitzt sowohl Kompetenzen als Fachkollege, ist aber auch weitergebildet für den Umgang mit Kolleginnen und Kollegen in akuten Belastungssituationen.

Zusätzlich profitiert der Arbeitgeber, der durch die Integration einer Peer-Struktur

nicht nur seinen gesetzlichen Auftrag erfüllt, sondern einen wesentlichen Beitrag zur Mitarbeiterfürsorge und für die Patientensicherheit leistet.

Summary

Acute medicine as a high-risk area always requires a high degree of professionalism from the medical staff. High demands and complex clinical pictures constantly present employees with difficult challenges. They often lead to acute stress and can lead to chronic stress. In addition, particularly critical or potentially traumatic events can occur at any time and deeply affect those involved – may such events be caused by ill fate or by possible treatment errors. They can also cause acute mental disabilities and intense emotions in routine staff. In terms of activity-related mental stress, this is called secondary traumatisation.

In the following, an overall concept for dealing with serious events and first experiences with a so-called peer support system in medicine will be presented. This system is a helpful tool to reduce the consequences of mental stress in the workplace in medicine.

The concept of the peer is the decisive approach. The peer has the expertise of a colleague, but is also trained to deal with colleagues in acute stress situations.

In addition, the integration of a peer structure is also to the benefit of the employer, who not only fulfils his legal obligations, but also makes a significant contribution to employee welfare and patient safety.

Belastungen in der Akutmedizin

Die Akut- und Notfallmedizin ist generell ein Arbeitsfeld mit hohen Anforderungen an alle Mitarbeiter der unterschiedlichen Professionen. Besonders der Umgang mit Sterben und Tod von Patienten, die Reaktionen der Angehörigen und die häufige chronische Arbeitsüberlastung [1,2] sind als wesentliche Stressoren zu nennen. Dazu kommt allzu oft ein „Mechanismus des Schweigens“ oder aber auch anprangernde oder bloßstellende Aufarbeitungen. So verwundert es nicht, dass sich in der Ärzteschaft eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Belastungen finden lässt [3–5]. Dafür sprechen auch die Zahlen, die im Zusammenhang mit dem sogenannten Burnout unter Klinikärztinnen und -ärzten zu finden sind [6,7], beziehungsweise eine relevante Angst- und Depressionssymptomatik, welche über den Prozentwerten der Allgemeinbevölkerung liegt [3–5]. Auch ist die Suizidrate bei Ärztinnen und Ärzten drei- bis viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung [8,9,10], im Bereich Anästhesie bis zu sechsmal. Darüber hinaus wurde in unterschiedlichen Stichproben ein erhöhter Substanzmittelmissbrauch bei 10–15% der Befragten nachgewiesen [3,11]. Ebenso gibt ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in der Pflege zu denken [12].

Neben den generellen belastenden Faktoren, die im Berufsfeld der Akutmedizin zu finden sind, lassen sich zusätzliche, außergewöhnliche und auch extreme, potentiell psychisch traumatisierende Ereignisse im beruflichen Alltag ausmachen. Dazu kommt der gesamte Komplex der Verantwortung in der Berufsausübung, sowie die Konsequenzen eines realen oder subjektiv erlebten Fehlers. Das Gefühl der Schuld entsteht sowohl als Resultat tatsächlicher Fehler als auch durch eigentlich unvermeidbare Folgen medizinischer Maßnahmen. Ein Review zeigt die Relevanz der psychischen und/oder physischen Belastung nach Behandlungsfehlern oder kritischen Ereignissen auf [13]. Folgende Symptome zeichnen sich als Resümee aus 32 Studien ab: Taubheitsgefühle (initial

numbness), Entfremdung (detachment), Depersonalisierung (depersonalisation), Konfusion, Ängstlichkeit, Trauer/Kummer, Depression, Agitiertheit und Wiedererleben der Situation. Hinzu kommen Scham, Schuld und Selbstzweifel. In einer 2008 durchgeführten Untersuchung [14] wurde deutlich, dass die Symptome nach einem medizinischen Zwischenfall häufig denen einer „Akuten Belastungsstörung“ (s. Abb. 1) gleichen. In dieser Untersuchung wurde aufgezeigt, dass diese außergewöhnlichen Belastungen mit großen negativen Auswirkungen auf berufliche und private Belange verbunden sind. Inwiefern dies allerdings für das Individuum relevant ist, hängt – ähnlich wie bei Stressreaktionen – in erster Linie von der subjektiven Bewertung ab. Eine aktuelle Studie aus der Schweiz [15] zeigt, dass ein

schwerer Zwischenfall in der Behandlung bei 63% der befragten Anästhesistinnen und Anästhesisten zu Ängsten führte, die die weitere Berufsausübung beeinträchtigten. Bei 54% ging das prinzipielle Vertrauen in die eigene ärztliche Fähigkeit verloren und 90% fühlten sich nach solchen Ereignissen nicht ausreichend von ihrem Arbeitgeber bzw. der Klinik unterstützt. Patientenanwälte rufen dazu auf, die Helfer als „second victim“ in schwerwiegenden Situationen zu unterstützen [16], nicht zuletzt aus Sorge um die Patientensicherheit – bei geschätzt 19.000 Toten in Deutschland durch Behandlungsfehler in der Medizin [17].

Vor diesem Hintergrund ist es für medizinisches Personal unabdingbar, bezüglich der grundsätzlichen und außergewöhn-

Abbildung 1

Erläuterungen zu Traumafolgestörungen und Resilienz.

Was sind Traumafolgestörungen?

Unter Traumafolgestörungen versteht man alle psychischen und körperlichen Erkrankungen, die in Folge einer psychischen Traumatisierung, zum einen durch die Schwere des Ereignisses selbst, zum anderen durch eine Überforderung der persönlichen und sozialen Ressourcen, auftreten können.

Ein psychisches Trauma ist definiert als ein extremes Erlebnis, das die Verarbeitungskapazitäten der Betroffenen übersteigt. In den Tagen nach einer Traumatisierung spricht man von einer Akuten Belastungsreaktion und in den ersten vier Wochen von einer Akuten Belastungsstörung. Dissoziatives Erleben (man erlebt sich z.B. selbst als ob man neben sich steht oder als ob man keine Gefühle mehr hätte), Ängste und extrem belastende Gefühle und Gedanken stehen hier im Vordergrund.

Nach einigen Wochen, Monaten oder auch Jahren können sich verschiedene Störungsbilder entwickeln.

Die häufigsten sind die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen, sowie psychosomatische Beschwerden und eine Schwächung der Immunlage. Hauptsymptome einer PTBS sind das quälende Wiedererleben (Intrusionen), Vermeidung und gefühlsmäßige Betäubung (Numbing) und eine anhaltende körperliche und psychische Übererregung (Hyperarousal).

Grundsätzlich wichtig zu wissen: Ein psychisches Trauma macht nicht immer krank, es kann bei guten Bedingungen häufig von den Betroffenen verarbeitet werden und zudem auch zu posttraumatischem Wachstum und seelischer Reifung führen.

Was ist Resilienz?

Als Resilienz bezeichnet man in der Psychologie die Fähigkeit zu Belastbarkeit und innerer Stärke. Vor allem in der therapeutischen Arbeit wird verstärkt Wert darauf gelegt, Resilienz auszubilden und damit psychischen Störungen und anderen persönlichen Problemen vorzubeugen [23].

lichen psychischen Stressoren gesundheitsfördernde Bewältigungsstrategien, sogenannte Coping-Mechanismen, zu entwickeln.

Seitens des Gesetzgebers existiert seit 2014 für jedes deutsche Unternehmen, also auch für Kliniken und Praxen, die Verpflichtung, eine psychische Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und Schutzmaßnahmen zu initiieren [18]. Die Umsetzung dieser Vorgabe ist aber zum aktuellen Zeitpunkt in Gesundheitseinrichtungen eine Seltenheit [19]. Ebenso kommen die Kliniken der Forderung des bayerischen Ärztetages zur Einführung von Kriseninterventionsteams für Mitarbeiter (Notfallteams, in die Peers integriert sind) kaum nach [20].

Prävention tätigkeitsbedingter Traumafolgestörungen

(Begriffserörterung s. Abb. 1)

Dass Mitarbeiter in helfenden Berufen zu einer Hochrisikogruppe hinsichtlich der Entwicklung psychischer Belastungen zu zählen sind, wird schon seit den 1990er Jahren beschrieben [21]. Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „sekundäre Traumatisierung“ meint die Entwicklung einer tätigkeitsbedingten Traumafolgestörung. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Personengruppe besonders vulnerabel wäre. Professionelle Helferinnen und Helfer sind durchaus hoch resilient, aber durch die überdurchschnittlich häufige Konfrontation mit potentiell traumatisierenden Ereignissen (PTE) besteht trotz hoher Belastbarkeit die Gefahr einer psychischen Überlastung mit potentiell hohem Krankheitswert. Neuere Forschungsergebnisse aus dem Bereich Feuerwehr unterstützen diese Ergebnisse und Hypothesen [22].

Folgerichtig wurden schon vor rund 40 Jahren in den USA die ersten Programme entwickelt, die zum Ziel hatten, die Folgen sekundärer Traumatisierung bei Einsatzkräften zu minimieren [24]. Diese Programme werden in Deutschland mittlerweile unter dem Begriff PSNV-E subsumiert; PSNV steht dabei für Psychosoziale Notfallversorgung, E für Einsatzkräfte, früher hat man eher von

Krisenintervention oder Einsatznach-sorge gesprochen. Peer-Systeme sind Teil der PSNV-E.

Einsatzorganisationen konzentrierten sich in den ersten Jahren auf die Durchführung von einmaliger Gruppennachsorge nach traumatisierenden Einsätzen. Allerdings wurden in der Folge bald Studien publiziert, die darauf hinwiesen, dass dies nicht ausreichend sei [25]. Der Fokus lag aber noch bis zur Jahrtausendwende auf dem sogenannten Debriefing nach Mitchell und Everly [23], eine einmalige Gruppenintervention mit starker emotionaler Aktivierung. Forschungsergebnisse zeigten, dass diese Maßnahme allein nicht zielführend und für sich kritisch zu sehen ist [26]. Betroffene Personen profitieren nach einem traumatischen Ereignis weniger von einem besonders gefühlsorientierten Gespräch, als von einem Austausch der Gedanken bezüglich des Ereignisses und der Vermittlung von gezielten Coping-Mechanismen. Mittlerweile hat sich das Vorgehen in der PSNV-E in Deutschland, ausgehend von bundesweiten Forschungsprojekten [27–30] dahingehend verändert. Maßnahmen der sogenannten „Primären Prävention“ und eine veränderte Form des Peer-Supports mit dem Fokus auf Einzelbegleitung und niederschwelliger, eher kognitiver Nachsorge kommen nun als effektive Maßnahmen flächendeckend zur Anwendung [29].

Anders als in anderen Berufsgruppen der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr (z.B. bei Feuerwehren und in Hilfsorganisationen), gibt es in Europa, außer in der Schweiz, kaum systematisch beschriebenes Vorgehen zur Unterstützung des medizinischen bzw. klinischen Personals, obwohl die Notwendigkeit evident ist und auch gefordert wird [15]. Solche Projekte sind im angloamerikanischen Raum inzwischen etabliert und untersucht. So wurde bereits im Jahr 2004 am Brigham and Womens Hospital in Boston (USA) nach einem anästhesiologischen Zwischenfall ein sogenanntes Peer-Support-System gegründet [31].

Ärztliche Kollegen für die Unterstützung der Ärzteschaft und Kollegen aus der Pflege für Pflegekräfte sind hier der Schlüssel zum Erfolg, denn die in der

Vergangenheit eingesetzten multidisziplinär zusammengesetzten Peer-Support-Gruppen erwiesen sich als nicht günstig. Ärztinnen und Ärzte teilten ihre Erfahrungen – so auch (potentielle) Fehler und die eigenen Schwächen – eher mit medizinischem als mit nicht-medizinischem Personal. Eine US-amerikanische Studie untermauert diese Annahme: Ärztliche Kolleginnen und Kollegen werden als unterstützende Ressource bei emotional belastenden Ereignissen am ehesten und am meisten akzeptiert [32].

Kollegiale Unterstützungssysteme in Deutschland

Die PSNV-B (Psychosoziale Notfallhilfe für die Bevölkerung) gehört in Deutschland mittlerweile zum Versorgungsstandard im präklinischen Bereich und ist weitestgehend flächendeckend implementiert (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2012). Nach der Gründung des bundesweit ersten Kriseninterventionsteams im Rettungsdienst (1994 beim Arbeiter-Samariter-Bund in München) wurden ähnliche Angebote vorangetrieben, und inzwischen ist für die Allgemeinbevölkerung PSNV-B etabliert. Psychosoziale Versorgungsangebote in Kliniken wurden ebenfalls aus dieser Idee heraus entwickelt bzw. angepasst – vor allem die klinische Krisenintervention sowie die Klinikseelsorge. All diese Systeme und Interventionen werden aber immer nur für direkt Betroffene vorgehalten.

Für Einsatzkräfte der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr existieren mittlerweile unter dem Stichwort PSNV-E viele Angebote [33]. Für das medizinische Personal in Kliniken aber gibt es nach wie vor keine strukturierte Unterstützung, obwohl sie in den Empfehlungen der DGAI und des BDA zum Umgang mit schwerwiegenden Komplikationen explizit empfohlen wird [34].

Die Notwendigkeit von psychosozialen Unterstützungsangeboten in der Akutmedizin liegt auf der Hand. Schwappach resümiert dazu: Studien zeigen, dass insbesondere die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten eine heraus-

ragende Bedeutung für einen konstruktiven und protektiven Umgang mit Fehlern hat. Dennoch findet dieser Austausch in der Realität nur sehr begrenzt statt. Vielmehr scheint es häufig eher „Zufall“ zu sein, ob betroffene Mitarbeiter auf einen Vorgesetzten oder Kollegen treffen, der im Falle eines Fehlers mit Patientenschädigung das Gespräch und eine Auseinandersetzung proaktiv anbietet („if you are lucky, you meet the right people“). [S.84; 35]

Wie bereits erwähnt, werden – um eine zuverlässige Unterstützung zu gewährleisten – seit einiger Zeit an verschiedenen Gesundheitseinrichtungen Peer-Support-Systeme eingeführt, in denen die Betreuung von Fachpersonen nach klinischen Zwischenfällen strukturell verankert ist. Diesen Programmen ist gemeinsam, dass sie je nach individuellen Bedürfnissen, Schwere des Zwischenfalls und zeitlichem Ablauf gestaffelte Unterstützungselemente beinhalten, die sofort nach dem Ereignis greifen und eine intensive unmittelbare Unterstützung und bei Bedarf eine weiterführende Begleitung vorsehen [36,31]. Im Idealfall ist diese Nachsorge mit vorbereitenden Trainings (Primäre Prävention) verknüpft [34].

Scott und Kollegen haben das wohl umfangreichste Interventionsprogramm erarbeitet (www.muhealth.org/second-victim), basierend auf einer Erhebung der Bedürfnisse der medizinischen Fachpersonen an der Universitätsklinik Missouri [37]. Die befragten Mitarbeiter präferierten ein System, das primär von der internen Kollegenschaft getragen wird.

Implementierung von Peer-Support-Systemen in Kliniken

Vorrangiges Ziel solcher Peer-Support-Systeme ist die Anregung einer Unternehmenskultur, welche Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung und Teamwork stärkt. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass vor allem in Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte nach belastenden Ereignissen selten die bisher vorgehaltenen psychologischen Hilfsprogramme durch

ausgebildete Psychologen in Anspruch nehmen, möglicherweise vor allem aus Angst vor Stigmatisierung [38].

Dementsprechend ist eine wesentliche Komponente von Peer-Support-Programmen, Klinikärztinnen und -ärzte sowie Mitarbeiter aus der Pflege für ihre Kolleginnen und Kollegen als kollegiale Ansprechpartner (Peers) „auf Augenhöhe“ auszubilden.

Vor diesem Hintergrund wurde auf Basis bestehender PSNV-E-Systeme im Münchner Raum ein klinisches Peer-Support-System fortentwickelt und an Pilotstandorten eingeführt. Es füllt regional die beschriebene Lücke zwischen wissenschaftlich belegtem Unterstützungsbedarf für medizinisches Personal in Belastungssituationen einerseits und fehlender Implementierung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen andererseits.

Der im Jahre 2013 gegründete, gemeinnützige Verein PSU-Akut e.V. (Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin) setzte sich zum Ziel, das vom Münchner Ärztlichen Kreis und Bezirksverband begonnene Projekt „Den Helfern helfen“ in den Kliniken zu etablieren. Da in anderen Bereichen bereits kollegiale Unterstützungssysteme entwickelt, eingeführt und als sinnvoll erachtet wurden, wurde für das Projekt „Peer-Support in der Akutmedizin“ dieser Ansatz übernommen. Der Kern des positiven Nutzens des Peer-Supports wird darin gesehen, dass Personen, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben, die Situation der Betroffenen besser nachempfinden können und deshalb praxisnahe Empathie und Validierung leisten. Ebenso können Peers authentische Ratschläge und Vorschläge für Handlungsstrategien geben, dies kann von externen oder fachfremden Helfern so nicht geleistet werden [39].

Bezüglich der Inhalte der Interventionen wurden für das hier beschriebene Projekt Forschungsergebnisse aus dem Einsatzwesen sowie Erfahrungen aus anderen Kontinenten aufgenommen und übertragen. Bruce und Kollegen aus Neuseeland konnten bereits 2005 zeigen, dass 55% der befragten Ärztinnen und Ärzte die Implementierung eines derartigen Peer-Support-Programms für

die klinische Praxis als relevant oder sehr relevant einschätzten [40].

Zwar scheinen gerade viele Kolleginnen und Kollegen im akutmedizinischen Umfeld ausreichend eigene und vor allem soziale Ressourcen aufzuweisen, um das Erlebte, die Bilder und belastenden Sinneseindrücke zu bewältigen. So kann es aber zur Überforderung des privaten Umfeldes kommen, eine Gefahr, die bis dato meist völlig außer Acht gelassen wurde. Die Bewältigung von belastenden Eindrücken und starken Emotionen gehört, genau wie die im Vorfeld erfolgte Belastung, in den Arbeitsplatz eingebunden und dort in ein System der Wertschätzung, der Mitarbeiterfürsorge und des professionellen Umgangs mit schwerwiegenden Belastungen [41].

Die tatsächliche Umsetzung im klinischen Alltag ist aber nicht einfach. Einzu-beziehen ist, dass im ärztlichen Bereich zusätzlich andere Aspekte zu berücksichtigen sind: Die involvierten Ärztinnen und Ärzte stehen in der Verpflichtung, mittels transparenter Kommunikation Patienten und Angehörige ausreichend zu informieren, damit offene Fragen nicht zu Rechtsstreitigkeiten führen. Sie müssen das Patientenschutzgesetz beachten und die Vorgaben der Versicherungen bedenken. Der Arbeitgeber möchte von ihnen, dass Schaden vom Unternehmen abgewendet wird und dass aus gegebenenfalls stattgefundenen Fehlern persönlich und als Institution gelernt wird. Alle diese Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte werden mit Nachdruck von unterschiedlichen Seiten formuliert.

Benötigt wird also ein Gesamtkonzept, das alle Aspekte, mit denen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger im Umgang mit schwerwiegenden oder kritischen Situationen in den Kliniken und medizinischen Einrichtungen konfrontiert sind, berücksichtigt.

Das hier vorgestellte Peer-Support-System von PSU-Akut e.V. integriert bisherige Erfahrungen und Forschungsergebnisse. Der so ausgebildete Peer bietet keine emotionale Vertiefung oder psychologische Begleitung oder Therapie an, er unterstützt niederschwellig durch:

- Zeit, die er einem Kollegen / einer Kollegin anbietet,
- die Vermittlung von Informationen bezüglich der psychischen Reaktionen (der sogenannten Psychoedukation),
- die Vermittlung von Coping-Mechanismen im Umgang mit diesen Reaktionen,
- das Respektieren und, wenn möglich, Erfüllen der individuellen Bedürfnisse,
- Gespräche über das Ereignis bei Bedarf,
- Einbezug des Teams bei Bedarf,

und er dient der frühzeitigen Erkennung von Risikoverläufen sowie als Vermittler in das dahinterstehende Netzwerk an psychosozialer Unterstützung.

Der Peer besitzt sowohl Kompetenzen als Fachkollege, ist aber auch geschult im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen in akuten Belastungssituationen. Auf Seiten des Arbeitsgebers belegt die Integration eines Peer-Support-Systems seine Fürsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nicht zuletzt auch zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Für die Implementierung eines innerklinischen Peer-Support-Systems hat sich ein schrittweises Vorgehen als sinnvoll erwiesen. Neben obligatorischen Informationsveranstaltungen, um alle Beteiligten des Kliniksystems zu informieren und für die Thematik zu sensibilisieren, ist die Auswahl der Peers, die in Zukunft als vertrauensvolle Begleiter und Lotsen bei schwerwiegenden Ereignissen fungieren, ein zentraler Schritt. Geeignete Peers verfügen über ein hohes Maß an Akzeptanz im Kollegenkreis, benötigen die Zustimmung der Führungsebene (top down) ebenso wie die Bestätigung durch die Kollegen (bottom up).

Im Anschluss daran folgt die speziell auf die klinische Situation angepasste Ausbildung und im Weiteren auch stetige Fortbildung und Supervisionsteilnahme der ausgebildeten Peers (s. Abb. 2).

Grundsätzlich wird in einem Unternehmen/einer Klinik der Einsatz von Peers dann nachhaltig wirksam, wenn neben der Akutintervention eine ereignisunabhängige Beschäftigung mit dem Thema,

Abbildung 2

Weiterbildung von Peers am Beispiel PSU-Akut e.V.

Peer-Weiterbildung nach dem System von PSU-Akut e.V.

PSU-Akut bietet den ausgewählten Peers eine entsprechende Weiterbildung an. Sie enthält zwei Module à zwei Tage. Die Module basieren auf dem Ausbildungskonzept der PSNV-Konsensus-Konferenz des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) und entsprechen den Bausteinen I und II der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V. (SbE), dies, um die Anschlussfähigkeit an andere Ausbildungen der Berufsfeuerwehr, des THW bis hin zur GSG 9 zu gewährleisten. Für den Bereich der Kliniken und medizinischen Einrichtungen mit ihren spezifischen Situationen und Anforderungen wurde das bestehende System und die Ausbildung durch PSU-Akut ergänzt, angepasst und weiterentwickelt.

die Verfügbarkeit von psychosozialer Unterstützung und ein Klima sozialer Anerkennung entsteht. Entscheidend ist auch, dass die Klinikleitung bereit ist, sich mit dem Peer-Support-System auseinanderzusetzen, und ein verschriftlichtes Konzept einführt. Dadurch, dass das System aber von den Kolleginnen und Kollegen selbst getragen wird, findet es die nachhaltige Akzeptanz in den Berufsgruppen.

Peer-Support-System in der Praxis

Die Implementierung eines Peer-Support-Systems bewährt sich, dass zeigen die bereits etablierten Projekte der Präklinik [42]. Dies sind auch die ersten Eindrücke aus Münchner Projektkliniken des PSU-Akut-Netzwerkes, in denen das kollegiale und niederschwellige Unterstützungsangebot der Peers – egal ob in Einzelgesprächen oder Gruppeninterventionen – positiv und mit hoher

Beteiligung angenommen wird. Die durchgeführten Befragungen zeichnen sich schon heute durch eine auffällig hohe Rücklaufquote aus und geben Hinweise darauf, dass das Ziel der Interventionen – die niedrigschwellige Unterstützung und Entlastung des Personals – erreicht wird [43].

Die strukturierte Aufarbeitung von schwerwiegenden Ereignissen führte zu einer deutlichen persönlichen Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie aus Befragungen nach Gruppeninterventionen hervorgeht. Dabei steht nicht der Nachweis der Verhinderung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, vgl. Abb. 1) im Vordergrund, sondern der pragmatische Umgang mit den akuten Stressreaktionen, die durch das Ereignis ausgelöst werden. Die Symptome in den ersten Tagen nach einem schwerwiegenden Ereignis werden als Akute Belastungsreaktion (ABR, vgl. Abb. 1) und damit als angemessene Reaktion auf ein unnormales Ereignis subsumiert, wobei dies nichts über den subjektiven Leidens- und Belastungsdruck von Betroffenen aussagt. Dieser kann durchaus noch da sein [44]. Definitionsgemäß spricht man erst nach vier Wochen von einer PTBS, die sich aus der anfänglichen Belastung entwickeln kann. Die ICD-10 hat keine Diagnose für diesen Zeitraum (die ersten Wochen) beschrieben. Diese Ungenauigkeit kann durch die Diagnose der akuten Belastungsstörung (ABS) nach DSM-V überbrückt werden.

Von besonderer Bedeutung in der Nachbesprechung ist ein geschützter Rahmen, die alleinige Beteiligung von Betroffenen, ein strukturierter Ablauf nach klaren Qualitätsstandards und ausgebildeten Peers, bzw. fachliche Experten aus dem Netzwerk.

Grundsätzlich ist wichtig, die angemessenen Stressreaktionen nicht zu pathologisieren, sondern sekundär präventiv im Rahmen eines salutogenetischen Ansatzes tätig zu werden, um gegebenenfalls Chronifizierungen zu verhindern oder – falls es doch zu mittel- und langfristigen Störungen kommt – zeitnah weitere Versorgungsangebote, wie spezialisierte Therapieangebote, zu vermitteln.

Fazit

In einem Grundsatzartikel zu den beruflichen Belastungen in der Anästhesiologie werden die Missstände im Umgang mit potentiell traumatisierenden Erfahrungen im Krankenhaus thematisiert – im Vergleich zum systematischen Vorgehen der Deutschen Bahn nach Suizidvorfällen: „...gemessen am Berufsbild des Lokführers müssen wir eingestehen, dass die Deutsche Bahn, im Umgang mit diesem Problem, der Medizin geradezu um Lichtjahre voraus ist“ [45].

Peer-Support-Systeme greifen seit einigen Jahren dieses Manko auf und setzen sich konsequent und beharrlich für die psychosoziale Unterstützung der medizinischen Professionen ein. Langfristiges Ziel ist es, Peer-Support-Systeme in den Kliniken zu etablieren und den professionellen Umgang mit den psychischen Belastungen im Arbeitsumfeld „Akutmedizin“ zu gewährleisten.

Im präklinischen Bereich sind Hilfsysteme wie Krisenintervention, Notfallseelsorge (PSNV-B) und die Einsatznachsorge (PSNV-E) nicht mehr wegzudenken und gehören inzwischen zur Regelvorhaltung. Zum einen, um direkt und indirekt Betroffene bei der Verarbeitung des Erlebten in den ersten Stunden zu unterstützen und sie zu begleiten; zum anderen, in Form einer Einsatznachsorge, um die präklinischen Einsatzkräfte wie Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei bei der Verarbeitung von Einsätzen und deren Erfahrungen zu unterstützen.

Die Implementierung von speziellen und an die jeweilige Klinik angepassten Peer-Support-Systemen, mit der ange deuteten Netzwerkstruktur im Hintergrund, ist nicht nur eine geeignete Maßnahme zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben, die seit 2014 konkretisiert existieren, sondern auch ein spürbarer Ausdruck der Wertschätzung für alle Mitarbeiter, die dem neuen Selbstverständnis der Ärzteschaft folgt, die ihren Ausdruck in der überarbeiteten Genfer Deklaration des Weltärztebundes findet: „Ich werde auf meine eigene Gesund-

heit, mein Wohlbefinden und meine Fähigkeiten achten, um auf höchstem Niveau zu behandeln“ [43].

Literatur

1. Firth-Cozens J: Source of stress in women junior house officers. *BMJ* 1990;301 (6743):89–91
2. Jurkat HB, Reimer Ch: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2008;82:1745–1750
3. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann RW: Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten. *Nervenheilkunde* 2008;27:800–804
4. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C: Academic career in medicine: Requirements and conditions for successful advancement in Switzerland. *BMC Health Serv Res* 2009;9:70 DOI: 10.1186/1472-6963-9-70
5. Tyssen R, Vaglum R: Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10(3):154–165
6. Meyer P: Burn-out bei Ärzten: „Die schlimmste Zeit meines Lebens“. *Dtsch Arztebl* 2009;106(7):A-292/B-250/C-242
7. Michalsen A, Hillert A, Schießl A, Hinzmann D: Burnout in Intensive Care. *Dtsch Med Wochenschr* 2018;143(1): 21–26
8. Mäulen B: [Every life counts: suicide by anaesthetists]. *Anaesthesist* 2010;59(5): 395–400
9. Reimer C, Trinkaus S, Jurkat HB: Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatr Prax* 2005;32(8):381–385
10. Tyssen R, et al: Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001;64(1):69–79
11. Dunkelberg, S, Beelmann K, Stracke R, Quellmann C, Schwoon D, van den Busche H: Substanzgebrauch bei jungen Ärzten und Ärztinnen. *Hamburger Ärzteblatt* 2005;11:512–515
12. Leupolt A: Gesundheitsberufe sind für Rücken und Psyche besonders belastend. *Health & Care Management* 02.03.2015
13. Schiechl B, et al: Second victim: Critical incident stress management in clinical medicine. *Anaesthesist* 2013;62(9):734–41
14. Schwappach DL, Boluarte TA: The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009;139(1-2):9–15
15. McLennan SR, Engel-Glatzer S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS: Disclosing and reporting medical errors: Cross-sectional survey of Swiss anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32(7):471–476
16. Schwappach DL: Nach dem Behandlungsfehler. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015;58:80–86
17. Giesecke S: AOK-Krankenhaus-Report. 19.000 tödliche Behandlungsfehler. *Ärzte Zeitung online* 2014. https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/853520/aok-krankenhausreport-19000-toedliche-behandlungsfehler.html
18. §5 ArbSchG: Beurteilung der Arbeitsbedingungen, Ziffer 6: psychische Belastungen bei der Arbeit.
19. Lenhardt, Beck: Prevalence and quality of workplace risk assessments – Findings from a representative company survey in Germany. *Safety Science* 2016;86:48–56
20. Beschlussprotokoll des 115. Deutschen Ärztetags 22. bis 25. Mai 2012, Nürnberg: 196
21. Hodgkinson PE, Stewart M (Eds.): Coping with catastrophe. A handbook of disaster management. Routledge 1991
22. Krüsmann M, Karl R, Schmelzer, M, Müller-Cyran A, Hagl M, Butollo W: Zur Prävention einsatzbedingter Erkrankungen. In: Lueger-Schuster B, Krüsmann M, Purtscher K (Hrsg.): Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen. Lessons learned. Wien, New York: Springer 2006
23. Stangl W: Stichwort: „Resilienz“. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. <http://lexikon.stangl.eu/593/resilienz/> (Zugriffsdatum: 08.11.2018)
24. Mitchell JT, Everly GS Jr: Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services Ellicott City, Md.: Chevron Publishing Corporation 2001
25. Raphael B, et al: Does debriefing after psychological trauma work? *BMJ* 1995; 310(6993):1479–1480
26. Rose S, Bisson JI, Churchill R, Wessely S: Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2): CD000560

27. Beerlage I, Hering Th, Springer S, Arndt D, Nörenberg L: Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne, Bd. 2: Qualität in der Ausbildung. Forschung im Bevölkerungsschutz. Bonn 2009a
28. Beerlage I et al: Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes (BBK F.2-440 -00-279) 2006-2009, 2009
29. Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M, Butollo W: Primäre und Sekundäre Prävention im Einsatzwesen, Zusammenfassung der Ergebnisse – Darstellung einer Gesamtkonzeption. www.einsatzkraft.de. München: LMU 2006
30. Krüsmann M, Seifert L, Metz A, Süß, B, Kühling M, Karl R, Schmelzer M, Müller-Cyran A, Hagl M, Butollo W: Abschließende Empfehlung zur psychosozialen Prävention im Einsatzwesen. In: Abschlussbericht für das Forschungsprojekt: Untersuchung des langfristigen Adaptationsprozesses nach unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen im Kontext von Katastrophen und extrem belastenden Einsätzen. (Projekt-Nr.: B1.40–7001/07). 2008. <http://www.einsatzkraft.de>
31. van Pelt F: Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. Qual Saf Health Care 2008;17:249–252
32. Hu YY, et al: Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. Arch Surg 2012;147(3):212–217. DOI: 10.1001/archsurg.2011.312
33. Koll-Krüsmann M: Psychosoziale Prävention für Einsatzkräfte. In: Adams HA, Krettek C, Lange C, Unger C (Hrsg.). Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2014
34. Wulf H: Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft – Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2014;49: 460–464
35. Schwappach DLB: Nach dem Behandlungsfehler. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015;58:80–86
36. Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, Panella M, Mutsvari T, Sermeus W, et al: Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. Med Care 2013;51(1):99–107
37. Scott SD, et al: Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010;36(5):233–240
38. Shapiro J, Galowitz P: Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach. Academic Medicine 2016;91:1200–1204
39. Mead S, MacNeil C: Peer Support: What Makes It Unique? International Journal of Psychosocial Rehabilitation 2006;10(2):29–37
40. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV: Burnout in physicians: a case for peer support. Intern Med J 2005;35(5):272–278
41. Frick E, Schießl A: Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern. Zeitschrift für medizinische Ethik 2015;61:47–55
42. Karutz H, Blank-Gorki V: Psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien in der präklinischen Notfallversorgung. Notfallmedizin up2date 2014;9(04): 355–374
43. Hügler S: Burnout-Prävention: Ärzte helfen Ärzten. Münchner Ärztliche Anzeigen 2017;5:3–5
44. Jain G, Roy A, Harikrishnan V, Yu S, Dabbous O, Lawrence C: Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity: Results from a survey of full-time employees in the United States. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2013;55:252–258
45. Wulf H: Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Umgang mit tödlichen Verläufen. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2010;45(10):656–660.

Korrespondenz- adresse



**Dr. med.
Andreas Schießl**

PSU-Akut e.V.
c/o ÄKBV München
Elsenheimerstraße 63
80687 München, Deutschland
Tel.: 089 45240874
E-Mail: info@psu-akut.de

„UND WIE GEHT’S DIR, DOC?“
Resilienz stärken – Freude am Arztberuf erhalten



PSU-Akut
Psychosoziale Kompetenz und
Unterstützung in der Akutmedizin

09. – 12.05.2019
im Kloster Bernried am Starnberger See

Einladung zur BDA Online-Umfrage:

In den nächsten Wochen wird der BDA eine Online-Umfrage zum Thema starten, um ein Gefühl für die Inzidenz im Fachgebiet zu erhalten.

BDA BERUFSSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN