

Bachelorarbeit

# **Ermittlung bestehender Unterstützungsangebote für Pflegefachkräfte nach traumatischen Erlebnissen der Universitätskliniken Deutschlands**

---

vorgelegt am 31. August 2021

von Nicole Morawietz XXXXXXXXXX

1. Prüferin: Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert
2. Prüferin: Patricia Sadre-Fischer

---

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege und Management  
Alexanderstr. 1  
20099 Hamburg

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich während der ganzen Phase meiner Bachelorarbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank geht an Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert für Ihre konstruktive Unterstützung während der Bachelorarbeit und dafür, dass Sie uns Studierenden mit der Bachelorwerkstatt einen Raum geschaffen hat, in dem Themen offen besprochen und diskutiert werden konnten.

Ein großer Dank geht an alle Teilnehmenden meiner Befragung. Vielen Dank für die erbrachte Zeit und Bereitschaft, sich mit mir über ein doch sehr sensibles Thema auszutauschen.

Ebenfalls möchte ich mich bei meiner Familie und Freunden bedanken, besonders Thu Thao Anna Nguyen, Alexandra Mißfelder und Antish Saurty, die mir mit viel Rat und Hilfsbereitschaft zur Seite standen.

*„Deswegen ist es auch ein Ziel, das Bewusstsein dafür zu stärken, dass ein Trauma etwas ist, was jeden treffen kann, egal in welcher Kompetenzstufe, egal wie viel Berufserfahrung. Es kann immer mal ein Ereignis geben, das selbst den erfahrensten Menschen so erschüttern kann, dass es dann eine Unterstützung braucht. Und, dass das etwas völlig Normales ist. [...] Das ist ein bisschen das Ziel, mehr in die PR zu gehen und mehr ins Gespräch oder in die Auseinandersetzung zu gehen, zu Überzeugen und dafür mehr Bewusstsein zu schaffen.“ (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs.61).*

## Abstract

**Hintergrund:** Erfahrungen von traumatischen Erlebnissen wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit von Pflegefachkräften aus. Eine Möglichkeit, diesen Folgen entgegenzuwirken sind gezielte Unterstützungsangebote.

**Ziel:** Die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Unterstützungsangebote für das Pflegepersonal soll dargestellt werden. Die Arbeit zeigt außerdem Unterstützungsangebote an deutschen Universitätskliniken auf und gibt einen Überblick über den Aufbau und die Inhalte.

**Methoden:** Eine systematische Literaturrecherche, zeigt den Bedarf an Unterstützungsangeboten nach traumatischen Erlebnissen. 16 Unterstützungsangebote wurden insgesamt ermittelt. 11 Unterstützungsangebote durch eine Homepage Analyse der Universitätskliniken. Für die inhaltliche Analyse der Unterstützungsangebote wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Vier Personen mit Expertise, wurden einzeln über Zoom anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens befragt. Eine schriftliche Antwort der Befragung wurde zurückgesendet. Die Auswertung der Daten erfolgte mit MAXQDA.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsmethoden zeigen, dass Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen gebraucht werden. Es gibt an deutschen Universitätskliniken Unterstützungsangebote mit ähnlichen Inhalten, die nicht standardisiert aufgebaut sind.

**Schlussfolgerung:** Eine niederschwellige, flächendeckende und standardisierte Etablierung von Unterstützungsangeboten für Pflegefachkräfte nach traumatischen Erlebnissen ist notwendig. Für die Etablierung der Unterstützungsangebote muss eine Sensibilisierung und Enttabuisierung von Traumatisierungen in den Kliniken stattfinden.

**Background:** Experiences from traumatic events negatively impact the mental health of nursing staff. One way of counteracting those consequences is to offer targeted support services.

**Aim:** The necessity and importance of the support services for nursing staff is to be presented. The work should show support services that are offered at German university hospitals and provide an overview of their structure and contents.

**Methods:** By means of a systematic literature research, the need for support services after traumatic experiences was determined. A total of 16 support services were identified and 11 of them were through a homepage analysis of the university clinics. A qualitative approach was chosen for the content analysis of the support offers. Four people with expertise were interviewed individually via Zoom using a semi-structured interview guide. A written answer to the survey was then returned. Finally, the data was analysed using MAXQDA.

**Results:** The results of the various survey methods show that support services are needed after traumatic experiences. At the German university hospitals, support services with similar content are provided. However, the content is not structured in a standardized manner.

**Conclusion:** A low-threshold, comprehensive and standardized establishment of support services is necessary in order to better counteract the negative health consequences of traumatic experiences. In order to establish that, a sensitization and de-tabooing on the topic of traumatization in the workplace must take place.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Begriffsklärung – Trauma und traumatische Erlebnisse .....	2
3. Grundlagen .....	4
3.1 Die deutschen Universitätskliniken .....	5
3.2 Das Betriebliche Gesundheitsmanagement .....	5
3.3 Das Arbeitsschutzgesetz .....	7
3.3.1 Pflichten der Arbeitgeberin und des Arbeitgebers .....	7
3.3.2 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen.....	8
3.4 Grundlagen der psychologischen Intervention .....	9
4. Methodik.....	10
4.1 Studiendesign.....	11
4.2 Angaben zur Stichprobe .....	11
4.3 Datenerhebung.....	12
4.4 Ablauf und Durchführung .....	13
4.5 Auswertung der Daten.....	14
5. Ergebnisse.....	15
5.1 Darstellung der Studienlage traumatischer Erlebnisse .....	15
5.1.1 Verbreitung und Arten traumatischer Erlebnisse.....	16
5.1.2 Krankenhausspezifische Risikofaktoren .....	17
5.1.3 Traumatisierungen und deren Folgen .....	18
5.1.4 Umgang der Pflegefachkräfte mit Traumatisierungen .....	19
5.2 Ergebnisse aus der Analyse der Homepages .....	20
5.3 Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews .....	23
6. Diskussion .....	35
7. Quellenverzeichnis .....	39
8. Anhänge.....	44
Anhang 1: Tabellen und Flowchart der systematischen Literaturrecherche .....	I

Anhang 2: Übersicht der Studien .....	III
Anhang 3: Liste der Universitätskliniken.....	VI
Anhang 4: Einladungsschreiben zum Interview per E-Mail.....	VII
Anhang 5: Informationsschreiben an die Universitätskliniken.....	VIII
Anhang 6: Einverständniserklärung .....	IX
Anhang 7: Fragenbogen zu Unterstützungsangeboten .....	X
Anhang 8: Transkription der Interviews und schriftliche Befragung .....	XI

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse“ .....	3
Abbildung 2: „BGM Haus“ .....	6
Abbildung 3: Psychologische Intervention bei Notfallopfern .....	9
Abbildung 4: Übersicht der Universitätskliniken.....	25
Abbildung 5: Flowchart .....	II

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arten, sowie Häufigkeiten traumatischer Erlebnisse.....	17
Tabelle 2: Liste der Kategorien, angelehnt an MaxQDA.....	24
Tabelle 3: Endgültige Kategorien .....	24
Tabelle 4: PIO-Schema .....	I
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien.....	I
Tabelle 6: Übersicht der Studien .....	III
Tabelle 7: Liste der Universitätskliniken.....	VI

## Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

DGVU	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Ebd.	Ebenda
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
Ggf.	Gegebenenfalls
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 1. Einleitung

Traumatische Erlebnisse, die in einem klinischen Umfeld auftreten, können für betroffene Pflegefachkräfte langfristige, nachteilige Auswirkungen haben (Franz et al., 2010). Es können negative gesundheitliche Folgen entstehen, die dazu führen, dass Pflegefachkräfte zu einem Arbeitsplatzwechsel oder einer Kündigung der Arbeit neigen. Es entsteht ein geringes Engagement für das Unternehmen und die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsqualität ist gemindert (Kerr et al., 2017).

In der Literatur sind hohe Aggressionsraten, wie körperliche und verbale Gewalt, Übergriffe oder Androhungen gegenüber Pflegefachkräfte gut dokumentiert (Kerr et al., 2017). Während der Arbeitszeit können traumatische Erlebnisse bspw. durch aggressive Übergriffe, körperliche, verbale oder sexualisierte Gewalt, sexuelle Belästigung und Mobbing entstehen, sowie Konfrontationen mit schweren Krankheitsverläufen, Leid und Tod von Patientinnen und Patienten (Mason et al., 2014; Kobayashi et al., 2020). Unter Pflegefachkräften kann ein verbaler Missbrauch durch die Studie von Rowe und Sherlock (2005) belegt werden.

In den 37 Universitätskliniken, die es in Deutschland gibt, arbeiten Pflegefachkräfte rund um die Uhr auf der höchsten medizinischen Versorgungsstufe, direkt an Patientinnen und Patienten mit schwersten Erkrankungen und in Notfallsituationen (Strehl-Dohmen, o.J.). Die Belastungen, die dadurch entstehen sind vielfältig. Psychische Krankheiten zählen mitunter zu den relevantesten Erkrankungsgruppen der Pflegefachkräfte. So liegt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Zusammenhang mit einer psychischen Störung im Durchschnitt bei 42,8 Tagen pro Versicherungsjahr (Grobe und Steinmann, 2019).

Arbeitsschutzmaßnahmen bei psychischen Belastungen sind für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber verpflichtend und zu berücksichtigen (Beck, 2019). Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), dienen Unterstützungsangebote dazu, Pflegefachkräfte aufzufangen. Unterstützungsangebote werden gebraucht, wenn die Belastungen eines traumatischen Ereignisses nicht eigenständig bewältigt werden kann (Lasogga und Gasch, 2011). Ein aktuelles Review von Zhang et al. (2020) weist darauf hin, dass sich nur wenige Studien mit der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs auseinandersetzen.

Das Ziel dieser Arbeit ist deshalb, den Bedarf an Unterstützungsangeboten der Pflegefachkräfte aufzuzeigen und bestehende Unterstützungsangebote der Universitätskliniken Deutschlands aufzudecken. Die Forschungsfragen, an der sich diese Arbeit stützt, lauten: 1. Ist ein Bedarf an Unterstützungsangeboten nach traumatischen

Erlebnissen gegeben? 2. Wie lassen sich Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen für Pflegefachkräfte der Universitätskliniken Deutschlands beschreiben? Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den Unterstützungsangeboten, besonders in Hinblick auf die inhaltliche Gestaltung und den Aufbau, sowie der Evaluation.

Eine systematische Literaturrecherche soll den Bedarf an Unterstützungsangeboten aufzeigen. Homepages der Universitätskliniken wurden auf Unterstützungsangebote durchsucht. Ein qualitatives Forschungsdesign zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage ist gewählt worden. Vier Befragungen von Personen mit Expertise der jeweiligen Universitätsklinik via Zoom haben dazu stattgefunden. Eine schriftliche Beantwortung der Befragung wurde zurückgesendet. Die Ergebnisse sind mit Hilfe des Softwareprogramms MAXQDA ausgewertet worden.

Im weiteren Verlauf wird eine Klärung der Begriffe Trauma und traumatische Erlebnisse vorgenommen. Der Fokus des Kapitels Grundlagen liegt bei den deutschen Universitätskliniken, dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement und Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Das methodische Vorgehen erfolgt im vierten Kapitel. Die Ergebnisse der Studien zu traumatischen Erlebnissen der Pflegefachkräfte werden in einem nächsten Schritt dargestellt. Die Ergebnisse der Analyse der Homepages und der Befragung erfolgen in Kapitel sechs. Eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wird im Diskussionsteil gegeben und beschließt die Arbeit.

## **2. Begriffsklärung – Trauma und traumatische Erlebnisse**

Der Begriff Trauma stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung. Ein Trauma kann sowohl eine physische als auch psychische Verletzung sein und eine Person, Gruppe oder ein System betreffen (Hartung, 2019). Das zehnte Buch der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das fünfte Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) sind medizinische Klassifikationssysteme. Sie sind im Zusammenhang mit psychischen Beschwerden entscheidend und zeigen Definitionen des Begriffs Trauma auf (Maercker, 2019). Alle Ereignisse die:

*"mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß" (DIMDI, ICD-10-GM, 2019)*

auftreten oder

*"den tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen" (Falkai et al., 2018)*

erleiden, werden als Trauma definiert. Subjektive Gefühle, wie eine tiefe Verzweiflung (ICD-10) oder Angst, Hilflosigkeit und Grauen (DSM-IV) werden benannt. Viele unterschiedliche Traumata, die anhand dieser Definitionen auftreten können, werden nach Häufigkeit bzw. Dauer oder Ursache kategorisiert. Das Typ-I-Trauma findet einmalig und kurzfristig statt. Hierbei kommt das Ereignis plötzlich und überraschend. Ein Typ-II-Trauma findet mehrfach und/oder langfristig statt. Es sind Serien von traumatischen Einzelereignissen (Maercker, 2019). Es wird unter einer primären Traumatisierung und sekundären Traumatisierung unterschieden. Bei einer primären Traumatisierung sind die Personen dem traumatischen Ereignis unmittelbar ausgesetzt. Bei der sekundären Traumatisierung ist man Zeugin und Zeuge oder Helferin und Helfer bei Unfällen oder bedrohlichen Ereignissen. Das können bspw. Pflegefachkräfte sein (Sendera und Sendera, 2013). Die Einteilung nach der Ursache von Traumata erfolgt in menschlich, zufällig und medizinisch.

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata <sup>a</sup>
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle		Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardiale, pulmonale Notfälle)
	Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z. B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie)
	Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata (man made)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben	
	Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)	Geiselhaft	
		Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)	
<sup>a</sup> Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen			

Abbildung 1: „Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse“ aus Traumafolgestörungen, S. 16, (Maercker, 2019).

Bei fast jeder Person können traumatische Ereignisse eine tiefe seelische Erschütterung verursachen. Doch nicht jedes potenziell traumatische Ereignis führt zu negativen Folgen (Lasogga and Gasch, 2011). Inwieweit die Folgen der Traumatisierung verarbeitet werden, hängt von vielen, individuellen Faktoren ab. Entscheidend ist das persönliche Befinden zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses, Umgebungsfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren und die Art und Dauer der Traumatisierung (Maercker, 2019).

Bleiben Symptome bestehen, obwohl das Erlebnis mehrere Wochen, Monate oder Jahre zurückliegt, spricht man von einer Traumafolgestörung. Krankheitsbilder, wie die akute oder posttraumatische Belastungsstörung sowie dissoziative Beschwerden können entwickelt werden (Flatten et al., 2011). Eine Ausprägung der Symptome ist individuell. Es gibt Hauptsymptomgruppen und Zusatzsymptome. Zu den Hauptsymptomen zählt die Wahrnehmung gegenwärtiger Bedrohung, das Wiedererleben (Intrusionen) und die Vermeidung. Zusatzsymptome gehen mit der Veränderung der Kognition und Stimmung einher, wie bspw. Depressionen, Panikattacken und die Erstarrung (Maercker, 2019). Traumafolgesymptome können Ausdruck eines Bewältigungs- und Anpassungsprozesses nach traumatischen Erlebnissen sein. Wichtige Schritte zu einer erfolgreichen Bewältigung der Beschwerden ist das Aufdecken des traumatischen Erlebnisses, das Erkennen der Symptome und die Einleitung von (professionellen) Maßnahmen, die den Bewältigungsprozess unterstützen (Flatten et al., 2011).

Es gilt festzuhalten, dass jedes Individuum, demnach auch die Pflegefachkraft unterschiedlich auf traumatische Erlebnisse reagiert. Die Frage, ob ein traumatisches Erlebnis ein Trauma auslöst und welche Folgen resultieren, lässt sich nicht pauschal beantworten. In Anbetracht dieser Erkenntnis, zeigt sich mit welchen Herausforderungen die Kliniken bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten konfrontiert sind. Im Folgenden werden zum Verständnis der Strukturen, in denen Unterstützungsangebote integriert sind, grundlegende Aspekte geklärt.

### **3. Grundlagen**

Der zentrale Aspekt dieser Arbeit sind die deutschen Universitätskliniken und deren Unterstützungsangebote. Weshalb zunächst auf die besondere Funktion der Universitätskliniken eingegangen wird.

### **3.1 Die deutschen Universitätskliniken**

Universitätskliniken sind Krankenhäuser, die in der Regel an Universitäten an einer medizinischen Fakultät angeschlossen sind. Der Träger einer Universitätsklinik ist die Universität oder das Land (Jachmann, 2016). Gemeinsam mit den medizinischen Fakultäten übernehmen die Kliniken eine besondere Funktion im Gesundheitswesen. Die Verbindung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre ermöglicht es, seltene und schwerste Erkrankungen auf dem neusten Stand der Medizin zu behandeln. Universitätskliniken übernehmen im Land die höchste medizinische Versorgungsstufe der Maximal- und Zentralversorgung (Strehl-Dohmen, o.J.). Laut des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (o.J.) gibt es 37 offizielle Universitätskliniken in Deutschland, die an ihrem Standort oftmals zu den größten Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gehören. Von rund 190.000 Beschäftigten sind circa 44.000 Pflegefachkräfte. Pro Jahr werden rund 1,9 Millionen Patienten und Patientinnen stationär und 10 Millionen ambulant versorgt (ebd.). Durch eine leistungsfähige Infrastruktur und eine fachübergreifende Zusammenarbeit können aufwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Es wird eine Notfallversorgung rund um die Uhr, über alle Disziplinen, erbracht. Pflegefachkräfte, die an Universitätskliniken arbeiten, behandeln überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten mit komplexen und seltenen Erkrankungen. Die Pflegefachkräfte sind für Menschen jeden Alters und jeder sozialen Schicht in extremen Lebenssituationen zuständig. Der Beruf ist dadurch sehr vielfältig, bringt aber Belastungen mit sich (ebd.).

Die anspruchsvolle Versorgung von schwerstkranken Patienten und Patientinnen kann dazu führen, dass Pflegefachkräfte, mannigfaltigen und überdurchschnittlich hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind (Sendera und Sendera, 2013). Die Universitätskliniken haben die Pflicht durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) auf psychische Belastungen zu reagieren. Darauf aufbauend wird vorab das Betriebliche Gesundheitsmanagement und im nächsten Kapitel das ArbSchG erörtert.

### **3.2 Das Betriebliche Gesundheitsmanagement**

Die Universitätskliniken bieten ihren Mitarbeitenden Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) an. Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes können durch die Steuerungsgruppen des BGM durchgeführt werden. Maßnahmen werden als Regelungen definiert, die eine Veränderung eines bestehenden Zustands des Beschäftigungsverhältnisses oder der Arbeitsbedingungen erreichen soll (Esslinger, 2010). Es sind zweckbestimmte Handlungen und die kleinste, ausführende Einheit im BGM. Es

werden keine konkreten, inhaltlichen Maßnahmen von Gesetzgebenden vorgeschrieben. Das Ziel ist der kontinuierliche Verbesserungsprozess im Unternehmen. Die Entscheidungen über Maßnahmen können durch eine Interessensvertretung abgestimmt oder durch Befragungen im Unternehmen ermittelt werden. Als Steuerungsgruppe des BGM dient die Personalabteilung, der Betriebsrat, der Betriebsarzt, die Betriebsärztin und die Beauftragten für Arbeitssicherheit. (Esslinger, 2010).

Das BGM steuert und integriert betriebliche Prozesse mit dem Ziel die Gesundheit und das Wohlbefinden von Beschäftigten zu erhalten und zu fördern (Beck, 2019). Esslinger (2010) definiert BGM als alle Managementtätigkeiten mit dem Ziel, eine festgelegte betriebliche Gesundheitspolitik durch die Planung, Organisation, Durchführung und Überprüfung von Maßnahmen, sowie Programme der Gesundheitsförderung, der Wiedereingliederung und des Arbeitsschutzes zu realisieren.

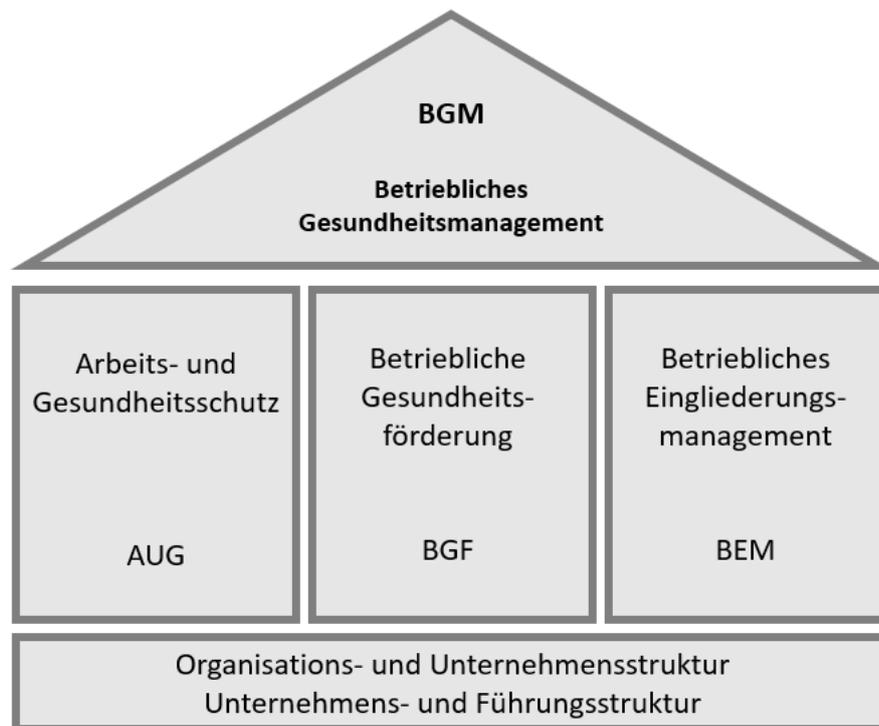


Abbildung 2: „BGM Haus“ (Eigene Darstellung, 2021) entnommen aus Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg (Esslinger, 2010).

Damit Ziele des BGM erreicht werden, bedarf es an langfristigen und beharrlichen Aktivitäten und die Setzung von Impulsen in der Personal- und Organisationsentwicklung (Beck, 2019). Das BGM leistet durch die Minderung von gesundheitlichen Problemen der Mitarbeitenden einen entscheidenden Beitrag zum Unternehmenserfolg. Es ist ein wichtiges personalpolitisches Instrument und kann zum wirtschaftlichen Bestehen und Erfolg eines Unternehmens beitragen (Esslinger, 2010).

Gesetzlich ist ein Unternehmen nicht dazu verpflichtet ein BGM durchzuführen. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber müssen sich an das Arbeitsschutzgesetz und an Verordnungen orientieren, um die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und Erkrankungen vorzubeugen.

### **3.3 Das Arbeitsschutzgesetz**

Die Europäische Union hat 1989 Richtlinien zum Arbeitsschutz erlassen. Die Richtlinien sind für alle Mitgliedstaaten rechtsverbindlich und müssen innerhalb einer festgelegten Frist in einzelstaatliches Recht umgesetzt werden (EU-OSHA, 2021). Die Bezeichnung der Arbeitsschutz-Rahmen-Richtlinie 89/391/EWG der Europäischen Union lautet:

*„Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“ (Richtlinie, 89/391/EWG).*

Das Gesetz der Europäischen Union setzt einen einheitlichen Mindeststandard für den Arbeitsschutz. Das deutsche ArbSchG trat im Jahr 1996 in Kraft und ist die Umsetzung der Europäischen Richtlinie. Es ist die wesentliche, rechtliche Grundlage für das BGM und die Gefährdungsbeurteilung (psychischer Belastung). Wichtige Aspekte des ArbSchG sind eine Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), welche sich auf gemeinsame Ziele des Arbeitsschutzes verständigt. Die GDA ist im Arbeitsschutzgesetz und im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert und durch Bund, Länder und Unfallversicherungsträger begründet und inzwischen fest im deutschen Arbeitsschutzsystem etabliert (Neuner, 2016). Ein weiterer wichtiger Aspekt des ArbSchG ist, dass die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber gefordert ist, die Beurteilung der Arbeitsbedingungen und damit verbundene Gefährdungen, sowie eine Dokumentation durchzuführen (Esslinger, 2010).

#### **3.3.1 Pflichten der Arbeitgeberin und des Arbeitgebers**

Für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ist grundsätzlich die Arbeitgeberin und der Arbeitgeber verantwortlich. Die Verantwortung trägt in größeren Betrieben die jeweilige Führungskraft in ihrem Zuständigkeitsbereich. Unterstützung und Beratung erhält die Arbeitgeberin und der Arbeitgeber von Fachkräften für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragten, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, zuständige Unfallversicherungsträger oder den staatlichen Arbeitsschutzbehörden (Wittig-Goetz, 2015). Laut ArbSchG sind Grundpflichten zu erfüllen. Die Mindestanforderung ist eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit (§2, Abs. 1, ArbSchG). Des Weiteren steht im Gesetz:

*„Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.“ (§ 3, Abs. 1, ArbSchG).*

Die Maßnahmen des Arbeitsschutzes sollen geplant und durchgeführt werden. Das erfordert geeignete Arbeitsschutzorganisationen und die Bereitstellung von nötigen Mitteln (Beck, 2019). Es werden in Abs. 2 des ArbSchG explizit die Mitwirkungspflichten der Beschäftigten erwähnt (§ 3, Abs. 2, S. 1 & 2, ArbSchG). Das Einbeziehen der Beschäftigten kann durch das Instrument der Unterweisung erfolgen. Beschäftigte werden regelmäßig unterwiesen, damit fachlich korrekt und gesund gearbeitet wird (Klein, 2020). Zusammenfassend sind die Pflichten der Arbeitgeberin und des Arbeitgebers der Schutz vor Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die Förderung der Gesundheit und eine menschengerechte Arbeitsgestaltung. Physikalische, biologische, chemische, physische, soziale und psychische Faktoren, sollen in Überlegungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit einfließen (Wittig-Goetz,2015).

### **3.3.2 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen**

Gefährdungen sollen nach § 5 und § 6 des ArbSchG strukturiert erhoben, transparent dokumentiert und bewertet werden. Seit 2013 ist die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in das ArbSchG eingeführt worden. Es kommt eine ganzheitliche Betrachtung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zum Tragen (Beck, 2019). Eine Gefährdung kann durch unzureichende Qualifikationen der Mitarbeitenden entstehen oder eine unzureichende Unterweisung sein. Bevor eine Gefährdungsbeurteilung stattfindet, ist es ratsam diese zu planen und das Instrument sorgfältig auszuwählen. Die Auswahl des Erhebungsinstrumentes hängt von den jeweiligen Tätigkeiten ab. In Krankenhäuser ist die Erhebung der Psychischen Belastung am Arbeitsplatz erforderlich und kann durch gezielte Assessmentinstrumente erhoben werden. Bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) werden mehr als 100 Assessments aufgezeigt, die inhaltlich vielfältig und über unterschiedliche Qualitäten verfügen. Dabei werden Zielgrößen untersucht, um die Stärke der Belastung aufzuzeigen (Beck, 2019). Durch die Aufdeckung von Gefährdungen sollen Maßnahmen im Sinne des Arbeitsschutzes abgeleitet werden (Esslinger, 2010).

Unterstützungsangebote werden in dieser Arbeit als Maßnahmen angesehen, um psychische Belastungen der Mitarbeitenden aufzufangen und sie davor zu schützen.

### 3.4 Grundlagen der psychologischen Intervention

Nach Lasogga und Gasch (2011) setzt psychologische Unterstützung bzw. Intervention zu unterschiedlichen Zeitpunkten an. Diese sind in fünf Stufen dargestellt:

Die Stufe Null ist die Notfallpsychologische Prävention. Die präventiven Maßnahmen müssen greifen, bevor eine Notfallsituation entsteht. Es wird zwischen einer subjektiven und objektiven Prävention unterschieden. Maßnahmen der subjektiven Prävention sehen vor, Gruppen oder Individuen auf einen Notfall oder ein traumatisches Ereignis vorzubereiten. Verhaltensstrategien, während und nach einem Notfall, können in Schulungen oder Kursen gelernt werden. Die objektive Prävention zielt darauf ab, potenziell

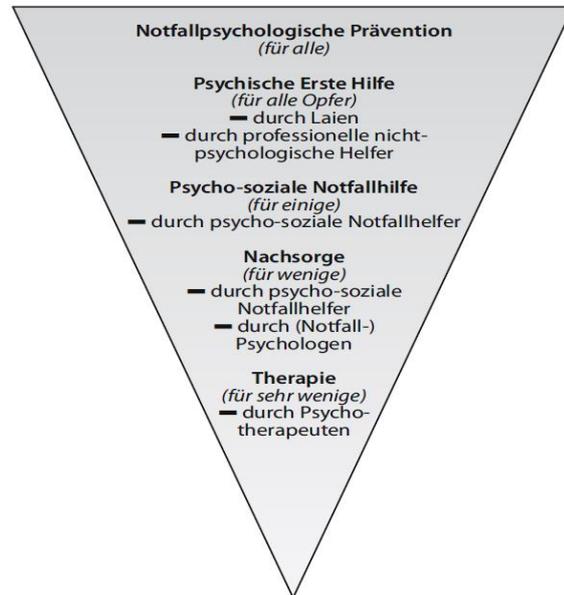


Abbildung 3: Psychologische Intervention bei Notfallopfern (...). (Mod. nach Lasogga u. Gasch 2004 a) aus „Notfallpsychologie“ (Lasogga and Gasch, 2011).

traumatische Ereignisse durch Maßnahmen der Organisation zu verhindern oder aufkommende Schäden zu minimieren (Lasogga und Gasch, 2011). Die Stufe Eins ist die Psychische Erste Hilfe. Diese wird von Laienhelferinnen und Laienhelfern oder nicht-psychologischen Helferinnen und Helfern erfüllt. Laienhelferinnen und Laienhelfer haben als erster Kontakt mit den Notfallopfern und keine Ausbildung. Die Unterstützung ist akut und kann sowohl positiv als auch negativ ausgeführt werden. Nicht-psychologische Helferinnen und Helfer, wie Rettungskräfte, sind nach den Laien vor Ort und kümmern sich daraufhin um das Notfallopfer. Diese handeln nach den Regeln der Psychischen Ersten Hilfe. Es ist ein psychologisch angemessenes Verhalten bei Notfällen und umfasst zwölf Regeln für nicht-psychologische Helferinnen und Helfer. Eine Regel ist bspw., dem Notfallopfer zu verdeutlichen, dass es nicht allein ist und ihn in der Situation nicht allein zu lassen (ebd.). Die Stufe Zwei wird nur von wenigen Notfallopfern, die stärkere Reaktionen und Folgeerscheinungen aufzeigen, in Anspruch genommen. Das ist die Psycho-soziale-Notfallhilfe. Diese kann direkt vor Ort, Stunden oder Tage später nach einem Ereignis stattfinden. Psychosoziale Notfallhelferinnen und Notfallhelfer bieten psychosoziale Betreuung von Notfallopfern an. Eine soziale bzw. sozialarbeiterische Komponente kommt

zu tragen, da die Helfer ggf. Unterkünfte oder weitere Behandlungen organisieren (ebd.). Stufe Drei ist die Nachsorge, welche von Psychosozialen Notfallhelferinnen oder Notfallhelfer oder Notfallpsychologinnen und Notfallpsychologen erbracht werden kann. Das hängt von dem Ausmaß der Folgeerscheinungen ab. Die vierte Stufe ist die Psychotherapie, wobei nur eine sehr geringe Anzahl an Notfallopfer dies benötigt (ebd.). Inwieweit sich Universitätskliniken am Modell präklinischer Interventionen orientieren, wird im Kapitel der Ergebnisse dargestellt. Es folgt die Darstellung des methodischen Vorgehens.

#### **4. Methodik**

Die Auswertung dieser Arbeit besteht aus drei verschiedenen Datensätzen. Zur Beantwortung der ersten Frage dient die Darstellung der Studienlage traumatischer Erlebnisse in der Pflege und basiert auf der Auswertung einer Literaturrecherche. Dazu wurde im April 2021 in der Datenbank PubMed mit verschiedenen Wortkombinationen nach Studien gesucht. Ziel der Suche war es, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Verbreitung, Risikofaktoren, Arten und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Pflege zu gewinnen. Die Begriffe wurden in Deutsch und Englisch definiert. Die Verbindung fand mit den Booleschen Operatoren AND, OR und NOT statt. Folgende Suchstrategie ist anhand eines PIO-Schemas (siehe Anhang 1, Tabelle 4) und unter Berücksichtigung der Fragestellung gebildet worden: (((((((("traumatic experiences") OR (trauma)) OR ("mental health")) AND (nurse)) AND (hospital)) AND (consequences)) AND (effects)) NOT (Covid-19). Anhand dieser Suchstrategie konnten 165 Treffer erzielt werden. Die Suche wurde nicht eingeeengt, da ein umfassender Überblick potenziell traumatischer Erlebnisse von Pflegefachkräften aufgezeigt werden soll. Aufgrund der Sprachkenntnisse wurden Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache aufgenommen. Weitere Ein- und Ausschlusskriterien sind in Anhang 1, Tabelle 5 zu finden. Für die Erstellung der Kapitel wurden insgesamt zwölf Studien aus der Datenbank PubMed herangezogen. Eine als relevant erachtete Studie wurde durch eine Handsuche ergänzt. Ein Flowchart (siehe Anhang 1, Abbildung 5) zeigt die Vorgehensweise zur systematischen Literaturrecherche.

Im zweiten Teil der Arbeit, folgt die Ermittlung und Aufdeckung der Unterstützungsangebote an den Universitätskliniken Deutschlands. Hierfür wurde innerhalb von drei Wochen eine Recherche der Homepages der Universitätskliniken durchgeführt. Vorab wurde der Verband der deutschen Universitätsklinika genutzt, um alle offiziellen Universitätsklinika, die dem Verband angehören, zu ermitteln. Der Verband hat zurzeit 42 Vollmitglieder und

assoziierte Mitglieder (Strehl-Dohmen, o.J.). Berücksichtigt wurden ausschließlich Vollmitglieder des Verbands. Durch den Ausschluss der assoziierten Mitglieder wurden 37 offizielle Universitätskliniken in die Studie eingeschlossen. Die Analyse verschafft einen Überblick über die verschiedenen Unterstützungsangebote und zeigt deren Verbreitung. Auf den Homepages der jeweiligen Universitätsklinik wurden im Suchfeld Begriffe, die im direkten Zusammenhang mit Unterstützungsangeboten stehen, eingesetzt. Diese lauten: „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, „Gesundheitsförderung“, „Arbeits- und Gesundheitsschutz“, „Klinische Krisenintervention“, „Psychosoziale Beratung“ oder „Unterstützungsmaßnahmen“. Der Begriff, der am häufigsten eingegeben wurde, war „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Dieser Suchbegriff führte in vielen Fällen zu geeigneten Seiten mit oberflächlichen Informationen zu den Angeboten der Kliniken. Es erfolgte eine Durchsicht aller geeigneten Seiten mit Informationen zu Unterstützungsangeboten und Kontaktdaten. Für die Suche wurde ein Zeitlimit festgelegt. Innerhalb von zwei Stunden musste ein Unterstützungsangebot identifiziert worden sein. Nach erfolgloser Suche wurde davon ausgegangen, dass es keine Unterstützungsangebote in dieser Form gibt, oder es wurden Kontaktpersonen des BGM, der Gesundheitsförderung oder der Beratungsstellen kontaktiert. Insgesamt wurden 16 Unterstützungsangebote der Universitätskliniken identifiziert und in den Ergebnissen eingeschlossen. Davon sind elf durch die Homepage Analyse und fünf durch die qualitative Erhebung ermittelt worden. Die weitere Vorgehensweise stellt die qualitative Forschungsmethode der Arbeit dar.

#### **4.1 Studiendesign**

Zu der zweiten Fragestellung wurde eine qualitative Querschnittsstudie durchgeführt. Unterstützungsangebote in deutschen Universitätskliniken sind ein kaum erforschtes Gebiet, weshalb die Art der Studie gewählt wurde. Qualitative Methoden kommen zum Einsatz, wenn Erfahrungen, Wissen oder Erlebnisse von Personen aufgedeckt werden sollen (Ritschl et al., 2016). Ein qualitatives Vorgehen ist angemessen, da Wissen von Personen mit Expertise über vorhandene und neu etablierte Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen generiert werden soll.

#### **4.2 Angaben zur Stichprobe**

Die Stichprobe ist im Vorfeld durch ein Beratungsgespräch mit der Dozentin bestimmt worden. Es handelt sich um eine bewusst ausgewählte Stichprobe. Es ist davon

ausgegangen worden, dass Universitätskliniken forschungsfreudig sind und wertvolles Feedback zu Unterstützungsangeboten geben können. Alle vorab ermittelten Universitätskliniken mit Unterstützungsangeboten, wurden per E-Mail kontaktiert. Von 37 Universitätskliniken erhielten 32 Kliniken eine Einladung zu der Befragung (siehe Anhang 4). Von fünf Kliniken konnten keine Informationen über E-Mail-Kontaktdaten zuständiger Personen ermittelt werden (siehe Anhang 3). 16 Kliniken meldeten sich nicht zurück. Sechs Kliniken leiteten die E-Mail-Anfrage an eine zuständige Person weiter, wobei keine Rückmeldung der Person erfolgte. Insgesamt meldeten sich zehn Kliniken zurück. Von weiteren fünf Kliniken wurden Gründe genannt, weshalb eine Teilnahme nicht möglich war. Die Gründe waren keine personellen Ressourcen und Genehmigung der Direktorin und des Direktors. Die Kliniken bekundeten ihr Bedauern, aber ein starkes Interesse an der Thematik zu haben. Insgesamt schließt die Studie fünf Universitätskliniken mit Unterstützungsangeboten ein.

### **4.3 Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens bzw. Fragebogens, der schriftlich ausgefüllt werden konnte. Interviewleitfäden werden für qualitative Recherchen verwendet und dienen als Strukturierungshilfe für ein Interview. Ein halbstrukturiertes Interview wurde gewählt, damit die Probanden essenzielle Fragen beantworten, aber auch die Möglichkeiten haben, frei über das Thema zu reden. Eine Vergleichbarkeit der Daten soll durch Leitfäden vereinfacht werden (Ritschl et al., 2016). Das primäre Ziel war, Einzelinterviews mit Personen mit Expertise zu führen. Die schriftliche Antwort wurde als Möglichkeit gesehen, eine höhere Rücklaufquote zu erreichen. Den Probanden wurde ein Interview über Zoom oder eine schriftliche Beantwortung des Fragebogens angeboten. Die Konstruktion halbstrukturierten Interviewleitfadens erfolgte durch Ableitung von Fragestellungen auf Basis des eigenen Wissens und eines bereits bestehenden Unterstützungsangebots. Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden Aspekte aus Ritschl et al. (2016) aufgenommen. Der Interviewleitfaden bzw. Fragebogen besteht aus 10 offenen Fragen. Der Aufbau ist folgendermaßen gegliedert:

- (1) Einstiegsfragen zur Entstehung
- (2) Fragen des Hauptteils zum Aufbau, Inhalt und Evaluation
- (3) Abschlussfrage: Generelles Interesse
- (4) Verabschiedung

Der Interviewleitfaden beginnt nach der Begrüßung bzw. dem Begrüßungsschreiben. In dem Begrüßungsschreiben sind wichtige Informationen zu der interviewenden Person, der Studie und dem Ablauf vorgestellt worden. Auf die Erhebung personenbezogener Daten ist verzichtet worden, da diese für die Erhebung nicht von Relevanz sind. Die Einstiegsfrage zur Entstehungsgeschichte stellt eine unkomplizierte Frage zu Anfang dar und soll in das Gespräch einleiten. Die Fragen des Hauptteils sind die wesentlichen Fragen, zur Beantwortung der wissenschaftlichen Forschungsfrage. Es handelt sich um Fragen zum Aufbau, Struktur, Ressourcen, Personal und Evaluation der Unterstützungsangebote. Die Abschlussfrage rundet das Gespräch ab und führt zu einem Ende des Interviews (Ritschl et al., 2016). Die Frage erörtert die eigene Meinung der Teilnehmenden. Diese gab Aufschlüsse über Lücken in Unterstützungsangeboten. Der vollständige Fragebogen ist in Anhang 7 ersichtlich.

#### **4.4 Ablauf und Durchführung**

Nachdem die Stichprobe festgelegt und der Interviewleitfaden bzw. Fragebogen entwickelt wurde, fand ein Pre-Test des Interviewleitfadens bzw. Fragebogens statt. Der Pre-Test wurde an zwei Familienmitgliedern getestet. Die Befragung sollte dadurch geübt und eventuelle Problemstellen bzw. Unklarheiten in der Befragung aufzeigen. Beide Befragten des Pre-Tests fanden die Befragung verständlich und hatten Ratschläge zu einer besseren Formulierung, die angenommen und umgesetzt worden sind. Danach folgten Überlegungen zum Datenschutz. Die allgemeinen Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes wurden berücksichtigt. Eine Traumatisierung im klinischen Kontext stellt ein sensibles Thema dar. Die Nennung der Klinik beruhte deshalb auf freiwilliger Basis. Von fünf Kliniken haben sich drei entschieden, die Klinik zu benennen. Zwei Kliniken wollten anonym bleiben. Andere ethische oder datenschutzrechtliche Maßnahmen wurden ausgegrenzt. Es handelt sich um den Aufbau von Unterstützungsangeboten, die keinen Bezug zu traumatisierten Personen oder andere sehr sensible oder personelle Daten hat. Die finale Einverständniserklärung und der Interviewleitfaden ist dem Anhang 6 und 7 zu entnehmen.

Die Kontaktierung der Personen mit Expertise fand am 25. Juni 2021 statt. Die Motivation der Teilnehmenden sollte durch das Angebot der Bachelorarbeit, gesteigert werden. Schließlich wurde die Zeit der Personen mit Expertise für mindestens eine halbe Stunde in Anspruch genommen. Die Einverständniserklärung und der Interviewleitfaden bzw. Fragebogen wurden vorab in der E-Mail mit versendet. Die Teilnehmenden konnten sich auf das Interview vorbereiten, bzw. den Fragebogen und die Einverständniserklärung in Vorfeld ausfüllen. Für einen Rücklauf sind zwei Wochen geplant worden. Innerhalb dieser

zwei Wochen haben vier Kliniken eine positive Rückmeldung gegeben. Die schriftliche Befragung wurde kurz vor Beendigung der Datensammlung verschickt und noch in die Ergebnisse mitaufgenommen. Damit lag eine Rücklaufquote bei 13,51 %, was sehr gering ist. Durch die qualitative Methode der halbstrukturierten Interviews und der Recherche der Unterstützungsangebote anhand der Homepages, wurde die Datensättigung als ausreichend empfunden.

Nach Einholung der Einverständniserklärung wurden die Interviews zwischen dem 02. Juli 2021 und 29. Juli 2021 durchgeführt. Alle vier Teilnehmenden hatten die Expertise für die zu untersuchende Fragestellung und wurden zu ihrem Wissen über Unterstützungsangebote der jeweiligen Klinik befragt. Die Experten waren Angestellte des jeweiligen Klinikums und Zuständig für das Unterstützungsangebot oder direkt daran beteiligt. Vor der eigentlichen Befragung wurden kurze Telefongespräche zu einem Kennenlernen durchgeführt oder es fand ein E-Mail-Austausch statt. Die Informationssammlung bestand aus vier Einzelinterviews, die eine Dauer von circa 45 Minuten aufwiesen. Die Interviews wurden mit dem Softwareprogramm Zoom durchgeführt. Durch Zoom konnten die zuvor festgelegten Termine erstellt und an die Teilnehmenden weitergeleitet werden. Das Datum und die Uhrzeit wurden abgesprochen und final von den Teilnehmenden festgelegt. Durch die Videoaufzeichnungsfunktion wurde eine lückenlose Dokumentation gewährleistet. Die Videos sind auf dem eigenen PC gespeichert worden. Eine Befragung wurde mit einem Tonbandgerät aufgenommen, da die befragte Person nicht per Video aufgezeichnet werden wollte. Alle befragten Personen saßen in ihren Büros und die Interviewerin war zu Hause. Um Störungen zu vermeiden, wurde darauf geachtet, dass eine stabile Internetverbindung vorherrscht. Alle Familienmitglieder wurden darauf aufmerksam gemacht, nicht ins Zimmer zu kommen und sich für eine Stunde lang leise zu verhalten. Andere unvorhersehbare Störungsquellen konnten nicht vermieden werden wie z.B. Baustellenlärm. Es wurden auf schriftliche Notizen verzichtet, um den Redefluss der Teilnehmenden nicht zu unterbrechen oder Verunsicherungen hervorzubringen.

#### **4.5 Auswertung der Daten**

Die Auswertung der Interviews fand mit dem Softwareprogramm MAXQDA statt. Die Videos und die Tonaufnahme wurden in das Programm eingefügt und wörtlich nach den einfachen Transkriptionsregeln von Kuckartz (2014) verschriftlicht. Eine Übertragung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Form wird als Transkription bezeichnet. Dadurch können in den Interviews Gemeinsamkeiten aufgezeigt und Aussagen im Kontext gesehen und ausgewertet werden (Rädiker und Kuckartz, 2019). Die vollständige Transkription

wurde als Word Datei abgespeichert und in den Anhang 8 zur Einsicht eingefügt. Der Text wurde mithilfe des Programms MAXQDA und einer inhaltlichen Analyse, der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2015) systematisch aufgearbeitet. Die induktive Kategorienbildung eignet sich besonders bei qualitativen Methoden. Das gesamte Textmaterial wurde sorgfältig gelesen. Notizen und Gedanken konnten an den entsprechenden Textstellen angeheftet werden, die zu einer Codierung hilfreich sind. Die Hauptkategorien wurden gebildet. Die Hauptkategorien leiten sich aus der Forschungsfrage ab. Der Text wurde nochmals durchgearbeitet und die passenden Textstellen wurden den Hauptkategorien zugefügt. Da der Inhalt der Hauptkategorien viele unterschiedliche Themen enthalten kann, wurden Unterkategorien gebildet und diese erneut zugeordnet. Es wurde so lange an den Kategorien gearbeitet, bis ein nachvollziehbares Codesystem gebildet wurde. Außerdem wurden anschauliche Zitate aus den Interviews ermittelt und werden präsentiert. Das Kapitel der Ergebnisse veranschaulicht die zentralen Ergebnisse. Vorab folgt die Darstellung der Ergebnisse aus der systematischen Literaturrecherche.

## **5. Ergebnisse**

Im Folgenden wird die Studienlage traumatischer Erlebnisse in der Pflege dargestellt. Daraufhin werden die elf Unterstützungsangebote aus der Analyse der Homepages der Universitätskliniken hinsichtlich der Forschungsfrage präsentiert. Abschließend werden auf die Ergebnisse, aus den vier halbstrukturierten Interviews und der schriftlichen Befragung, eingegangen.

### **5.1 Darstellung der Studienlage traumatischer Erlebnisse**

Studien zu traumatischen Erlebnissen in Gesundheitsberufen werden seit mehr als einem Jahrzehnt untersucht und veröffentlicht. Eine Übersicht der Studien befindet sich in Anhang 2. Die Studien sind von einem besonderen Interesse für die Arbeit zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Diese lautet: Ist ein Bedarf an Unterstützungsangeboten nach traumatischen Erlebnissen gegeben? Durch die Studien kann eine Notwendigkeit an Unterstützungsangeboten abgeleitet werden. Ohne einen Bedarf ist die Implementierung von Unterstützungsangeboten sinnlos. Die Studien sind zu verschiedenen Arten von traumatischen Erlebnissen und aus unterschiedlichen Ländern ermittelt worden. Aus dieser verallgemeinerten Betrachtung der Problematik, lassen sich auch Schlussfolgerungen für

deutsche Kliniken ziehen. Die Studien wurden zwischen 2005 und 2020 in Australien, Amerika, Europa, Afrika und Asien veröffentlicht und zeigen damit eine sehr aktuelle und globale Darstellung traumatischer Erfahrungen in Krankenhäusern. Sechs Studien befassen sich primär mit Gewalt am Arbeitsplatz (Rowe und Sherlock, 2005; Franz et al., 2010; Zafar et al., 2013; Kerr et al., 2017; Kobayashi et al., 2020; Zhang et al., 2020). Zwei Studien, die von Mushtaq et al. (2015) und Adams et al. (2019) untersuchen die Folgen von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Weitere fünf Studien haben unterschiedliche Schwerpunkte. Mason et al. (2014) zufolge sind Pflegefachkräfte von Mitgefühlerschöpfung und moralischem Stress betroffen. Eine Beschreibung von Mobbing am Arbeitsplatz liefert die Studie von Chatziioannidis et al. (2018). Ratrout und Hamdan-Mansour (2020) zeigen, dass Pflegefachkräfte, die in Notaufnahmen arbeiten, an Sekundär Traumatischen Stress leiden. Nwozichi et al. (2020) untersuchen die negativen psychischen Auswirkungen von Pflegefachkräften, die auf einer onkologischen Station tätig sind. Kowalczyk et al. (2020) weisen auf eine allgemeine psychische Belastung von Pflegefachkräften hin. Alle Studien haben einen Bezug zu traumatischen Erlebnissen oder sind mit diesen verbunden.

### **5.1.1 Verbreitung und Arten traumatischer Erlebnisse in der Pflege**

Die Studien zeigen eine Auswahl an verschiedenen Erlebnissen im Krankenhausumfeld, die als potenziell traumatisch angesehen werden. Franz et al. (2010) kamen zu dem Ergebnis, dass sich körperliche Aggressionen vor allem gegen Pflegefachkräfte richten. Von 123 Befragten gaben 78,3 % in einem Zeitraum von zwölf Monaten an, körperliche Aggressionen erlebt zu haben. 60,3 % der Befragten berichteten, dass die Aggression von Patientinnen und Patienten stammten. Kerr et al. (2017) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie fanden heraus, dass Pflegefachkräfte am häufigsten von aggressiven Angriffen betroffen sind. 50 Teilnehmende gaben zu 98 % an, durchschnittlich 144-mal in einem Zeitraum von zwölf Monaten aggressives Verhalten erlebt zu haben.

Mushtaq et al. (2015) führte eine Untersuchung von sexueller Belästigung bei 200 Pflegefachkräften in Pakistan durch. Die durchschnittliche Prävalenz sexueller Belästigung lag bei 72 %. Pflegefachkräfte sind laut Adams et al. (2019), am ehesten anstößigen, sexuellen Verhaltensweisen ausgesetzt. Von 33 Pflegefachkräften, die interviewt wurden, konnten verschiedene Formen von sexueller Belästigung im Krankenhaus beschrieben werden. Chatziioannidis et al. zeigten 2018, basierend auf dem NAQ-R-Score, dass 53,5 % der Befragten als gemobbt eingeschätzt wurden. Das bedeutet, dass mehr als 200 Befragte Mobbing am Arbeitsplatz selbst erlebten haben, oder Zeuge von Mobbing waren.

Die Ergebnisse von Rowe und Sherlock (2005) führen auf, dass verbale Aggression gegenüber Pflegefachkräften zu 96,4 % auftrat. 79 % der 213 Befragten gaben an, von Patienten beschimpft worden zu sein, 75 % von anderen Pflegefachkräften und 74 % von Ärzten und Ärztinnen. Die Uhrzeit wann gewaltsame Angriffe stattfinden, wurde von Zafar et al. (2013) erhoben. 266 Pflegefachkräfte und Ärzte oder Ärztinnen äußerten sich dazu. Interessanterweise traten 34,1 % der Angriffe in der Nacht zwischen Mitternacht und sieben Uhr morgens auf. 27,2 % der Angriffe ereigneten sich nachmittags zwischen 13 und 18 Uhr. Hier wird deutlich, dass Unterstützung nicht nur ist der Regelarbeitszeit notwendig ist.

*Tabelle 1: Arten, sowie Häufigkeiten traumatischer Erlebnisse der vergangenen zwölf Monate (Eigene Darstellung, 2021)*

<b>Arten</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Studie</b>
Körperliche Übergriffe	60,4 % (n = 599)	Kobayashi et al. (2020)
Verbale Angriffe	62,3 % (n = 599)	Kobayashi et al. (2020)
Demütigung	65 % (n = 50)	Kerr et al. (2017)
Zeugen von Gewalt	56 % (n = 50)	Kerr et al. (2017)
Sexueller Missbrauch	10 % (n = 50)	Kerr et al. (2017)
Spucken	28 % (n = 50)	Kerr et al. (2017)
Sachbeschädigung	25 % (n = 50)	Kerr et al. (2017)
Drohungen	55,2 % (n = 123)	Franz et al. (2010)
Rassistische Äußerungen	11,2 % (n = 123)	Franz et al. (2010)
Schläge	47,4 % (n = 123)	Franz et al. (2010)
Tritte	34,5 % (n = 123)	Franz et al. (2010)
Bisse	26,7 % (n = 123)	Franz et al. (2010)

### **5.1.2 Krankenhausspezifische Risikofaktoren**

Es gibt eine Reihe von krankenhausspezifischen Risikofaktoren, die in diesem Teil der Arbeit näher beschrieben werden. Die Arbeit mit Menschen in Not stellt ein Risikofaktor dar. Zu dieser Erkenntnis kamen Kobayashi et al. (2020). Patientinnen und Patienten können infolge einer Hirnverletzung, kognitive, verhaltensbezogene und emotionale Veränderungen erleiden, wobei aggressives Verhalten in mindestens 25–35 % der Fälle auftritt und zu potenziellen traumatischen Ereignissen führen kann (Kerr et al., 2017). Stationen, wie eine Onkologie, Intensivstation oder zentrale Notfallaufnahme erfahren ein Ausmaß an psychologischem und emotionalem Druck in ihrer täglichen Arbeit. Pflegefachkräfte sind aufgrund der ständigen Interaktion mit Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Erfahrungen konfrontiert. Plötzliche, potenziell tragische Folgen

werden von Pflegefachkräften miterlebt (Mason et al., 2014; Nwozichi et al., 2020). Gleichweise kann das Umfeld einer neonatologischen Intensivstation laut Chatziioannidis et al. (2018) ein Risikofaktor darstellen. Der Druck durch hohe Arbeitsbelastungen kann zu Konflikten zwischen Mitarbeitenden führen, wodurch Mobbing ausgelöst wird. Ein weiteres Beispiel für ein Risikofaktor ist der ständige Kontakt zu traumatisierten Patientinnen und Patienten in einer Notfallaufnahme. Durch den ständigen Kontakt kann Sekundär Traumatischer Stress bei den Pflegefachkräften ausgelöst werden (Ratrou und Hamdan-Mansour, 2020). Auch durch den intensiven Kontakt und die enge Interaktion mit männlichen Patienten besteht die Gefahr, dass Pflegefachkräfte sexuell belästigt werden. Die Grenzen zwischen Berufs- und Geschlechterrollenerwartungen können durch die emotionale Arbeit von Pflegekräften verwischen. Männliche Patienten werden deshalb als die häufigsten Täter sexueller Belästigung im Krankenhaussetting identifiziert (Mushtaq et al., 2015; Adams et al., 2019).

Eine Umgebung mit vielen Risikofaktoren können umso mehr die Situationen traumatische Faktoren aufweisen, dazu führen, dass Pflegefachkräfte die Situationen nicht beschwerdefrei meistern können. Die Folgen wirken sich persönlich aber auch auf das Unternehmen aus. Inwieweit dies geschieht, verdeutlicht das nächste Kapitel.

### **5.1.3 Traumatisierungen und deren Folgen**

Die Studien gehen darauf ein, welche Folgen traumatische Erlebnisse haben. Die Auswirkungen von Gewalt, sexueller Belästigung, Mobbing, Arbeit mit Krebspatienten, allgemeine Belastung, erhöhte psychische Belastung, Sekundär Traumatischer Stress und Mitgeföhlerschöpfung werden thematisiert.

Es sind psychische und emotionale Auswirkungen der Pflegefachkräfte, in den Studien identifiziert worden. Als psychische Folgen wurden bspw. Angstzustände, Schockzustände, Depressivität, Stress und das Burnout-Syndrom genannt. Emotionale Folgen sind mit Geföhlen wie Wut, Angespanntheit, Selbstzweifel, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, emotionale Erschöpfung und Enttäuschung verbunden (Franz et al., 2010; Mason et al., 2014; Mushtaq et al., 2015; Kerr et al., 2017; Chatziioannidis et al., 2018; Nwozichi et al., 2020; Kowalczuk et al., 2020; Kobayashi et al., 2020; Ratrou und Hamdan-Mansour, 2020; Zhang et al., 2020). Körperliche Folgen werden mit einer Gewalttat in Verbindung gebracht, die für Pflegefachkräfte mit kurzfristigen Schmerzen verbunden sind. Auch Schlaflosigkeit oder übermäßige Schläfrigkeit ist festgestellt worden (Franz et al., 2010). Muskel-Skelett-Probleme und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-

Erkrankungen werden genannt (Chatziioannidis et al., 2018). Die Patientenversorgung wird durch eine Traumatisierung der Pflegefachkräfte beeinträchtigt. Pflegefachkräfte arbeiteten weiter, obwohl keine Erholung der emotionalen und körperlichen Folgen erfolgte (Kerr et al., 2017). Die Folgen traumatischer Erlebnisse von Pflegefachkräften, wirken sich auch auf das Unternehmen aus. Das Engagement der Mitarbeitenden nimmt für das Unternehmen ab. Außerdem haben die Mitarbeitenden höhere Fehl- und Krankheitszeiten. Für ein Unternehmen führt dies zu mehr Kosten (Mushtaq et al., 2015; Kerr et al., 2017; Kowalczyk et al., 2020; Ratrou und Hamdan-Mansour, 2020).

#### **5.1.4 Umgang der Pflegefachkräfte mit Traumatisierungen**

Die Übersicht von Zhang et al. (2020) hebt wichtige Punkte im Zusammenhang mit dem Umgang von Pflegefachkräften mit Traumata hervor. Pflegefachkräfte, nahmen als Reaktion auf die unvermeidlichen traumatischen Erlebnisse unterschiedliche Denkweisen an. Daraus resultiert entweder positives Umlernen oder passive Anpassung. Traumatische Erlebnisse werden, in Hinblick auf die Art des Umgangs mit Patientinnen und Patienten, reflektiert. Es können neue Lernerfahrung entstehen (Zhang et al. 2020 nach Baby et al., 2014; Stevenson et al., 2015). Andererseits akzeptierten Pflegefachkräfte nach und nach Gewalt als Teil der Arbeit (Zhang et al. 2020 nach Hogarth et al., 2016). Diese Haltung wurde als Hilflosigkeit der Pflegenden gegenüber den unerwünschten traumatischen Erlebnissen begriffen (Zhang et al. 2020 nach Choi und Lee, 2017). Gewalt am Arbeitsplatz wurde von psychiatrischen Pflegefachkräften als ein integraler Bestandteil ihrer Arbeit angesehen und Sekundär Traumatischer Stress ist eine angepasste Reaktion auf ihr Arbeitsumfeld. Durch die Überlastung findet eine Fehlanpassung statt (Kobayashi et al., 2020). Auch Pflegefachkräfte in der zentralen Notaufnahme neigen dazu, rational zu denken und die psychologischen Anzeichen und Symptome von sekundär traumatischem Stress entweder als arbeitsbedingte oder persönliche Faktoren zu bezeichnen und sie nicht mit den erlebten traumatischen Ereignissen in Verbindung zu bringen (Ratrou und Hamdan-Mansour, 2020). Pflegefachkräfte wenden laut Nwozichi et al. (2020) emotionale Distanzierung an, um die psychologischen Auswirkungen der hoch belastenden Arbeit mit an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten zu bewältigen. Ein folgenschwerer Umgang mit Mobbing und sexueller Belästigung ist das Schweigen. Dennoch werden Fälle von sexueller Belästigung mit „schweigen“ und „nichts tun, um auf die Situation aufmerksam zu machen“ beschrieben (Adams et al., 2019). Die Opfer von Mobbing nannten Gründe, das Mobbing nicht zu melden. 67,2 % gaben an sich persönlich Selbstbeherrschen zu wollen, 19 % hatten Angst vor Konsequenzen und 19 % ignorierten das Problem (Chatziioannidis et al., 2018). Viele Pflegefachkräfte berichten jedoch über

Verhaltensweisen wie Schweigen und Passivität, negative Bewältigungsstrategien und Krankmeldungen nach verbal missbräuchlichen Begegnungen (Rowe und Sherlock, 2005). Die meisten Befragten der Studie von Rowe und Sherlock (2005) haben das Gefühl, mit der Situation des verbalen Missbrauchs unter Pflegefachkräften umgehen zu können.

Zusammenfassend unterstreichen die Ergebnisse die Wichtigkeit einer adäquaten Unterstützungsstrategie. Der Umgang der Pflegefachkräfte mit traumatischen Erlebnissen ist vorwiegend unangemessen. Angesichts der Verbreitung, sowie den Folgen von Traumata am Arbeitsplatz, ist ein Bedarf gegeben. Unterstützungsangebote nach sehr belastenden oder traumatischen Erlebnissen sind in Krankenhäusern erforderlich. Die Beschreibung der Unterstützungsangebote wird im folgenden Kapitel dargestellt.

## **5.2 Ergebnisse aus der Analyse der Homepages**

In diesem Abschnitt werden elf Universitätskliniken dargestellt, die Unterstützungsangebote auf ihren Homepages erkenntlich gemacht haben.

### **Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Raumann, 2021)**

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bietet allen Mitarbeitenden eine Betriebliche Sozialberatung durch die Stabsstelle Arbeits- und Gesundheitsschutz an. Es werden persönliche, vertrauliche und weisungsunabhängige Beratungen in ein- oder mehrmaligen Gesprächen zur Verfügung gestellt. Es kann als eine psychosoziale Anlaufstelle angesehen werden. Das Ziel der Beratung ist die Stärkung des persönlichen und beruflichen Wohlbefindens. Themen, wie Konflikte, Krisen oder psychische Belastungen am Arbeitsplatz, sowie im privaten Umfeld können besprochen werden. Die Gespräche unterliegen dem Datenschutz und eine Terminvereinbarung ist wünschenswert.

### **Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (Hanning und Schäfer, 2020)**

Das Unterstützungsangebot Stress- und Traumaprävention, des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf bietet den zentralen Notaufnahmen und Intensivstationen ein Unterstützungsangebot, dass sich an den drei Formen der Prävention orientiert. Schwerpunkt des Konzepts ist die sekundäre Prävention mit einer Ausbildung für kollegiale Beratende (Peer-Beratende) und die Super- und Intervision. Die primäre Prävention sieht Vorträge und Video-Mitschnitte im Intranet vor. Bei der tertiären Prävention geht es um die Diagnostik und Beratung des Mitarbeitenden und ggf. eine Weitervermittlung bei Bedarf. Das Ziel ist die Erhöhung der organisationalen und individuellen Resilienz der

Mitarbeitenden. Themen, die behandelt werden, sind akuter und chronischer Stress, psychische Traumatisierung, Selbstfürsorge und akut belastende Situationen.

#### **Universitätsmedizin Essen** (Warren und Bardick, 2021)

Die Mitarbeitenden des Service Büros der Universitätsmedizin Essen stellen eine psychosoziale Beratung bzw. ein Stressmanagement zur Verfügung. Sie unterstützen bei beruflichen und privaten Angelegenheiten, die allein schwer zu bewältigen sind. Es können unterschiedliche Themen von Problemen und Krisen besprochen werden. Das Angebot ist freiwillig und steht den Mitarbeitenden kostenlos zur Verfügung. Die Gespräche unterliegen der Schweigepflicht und eine Terminvereinbarung ist wünschenswert.

#### **Uniklinik Köln** (Mügge, 2021)

Die Uniklinik Köln hat eine psychosomatische Sprechstunde als Unterstützungsangebot geschaffen. Es wird eine lösungsorientierte Beratung angeboten, die die jeweiligen Kontexte der Mitarbeitenden berücksichtigt. Eine Vermittlung von weiterführender Therapie ist auch gegeben. Die Ziele des Unterstützungsangebots, sind eine frühzeitige Beratung bei psychischen oder psychosomatischen Problemen, das Vorbeugen von schweren Krankheitsverläufen und die Unterstützung bei bereits vorhandenen, schweren Krankheiten. Stress, Ängste, Depressionen und andere psychische Probleme können besprochen werden. Die Vereinbarung von Terminen ist ebenfalls wünschenswert. Die Daten werden streng vertraulich behandelt.

#### **Universitätsklinikum Giessen und Marburg** (UKGM, 2018)

Das Universitätsklinikum Giessen und Marburg unterstützt Mitarbeitende, Patienten und Patientinnen mit einer Trauma Ambulanz. Es wird eine psychotherapeutische Beratung, Krisenintervention und die Diagnostik und Indikationsstellung für weitere Therapieformen, zur Verfügung gestellt. Erfahrene Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit zertifizierten Weiterbildungen betreuen Mitarbeitende und Patienten und Patientinnen. Die Beratung und Behandlung ist vertraulich und unterliegt der Schweigepflicht.

#### **Universitätsklinikum Jena** (Raack, o.J.)

In der Universitätsklinik Jena gibt es die psychologische Beratung für Mitarbeitende. Die Unterstützung erfolgt durch entlastende Gespräche, kurzfristige Begleitung oder die Vermittlung von weiterführenden Hilfen. Es werden psychische Belastungen im Beruf sowie auch im Privatleben besprochen. Das Gespräch kann persönlich oder telefonisch mit einer

Psychologin erfolgen. Alle Gespräche und Informationen unterliegen der Schweigepflicht und sind absolut vertraulich.

### **Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Die Dresdner** (Gehre, 2016)

Eine kollegiale Unterstützung nach belastenden Situationen bietet das Universitätsklinikum Dresden. „Mitarbeiter für Mitarbeiter“ heißt das Programm und bietet betroffene Mitarbeitende, zeitnahe Entlastungsgespräche durch speziell geschulte Kolleginnen und Kollegen an. Das Ziel ist innerhalb von 24 Stunden ein Gespräch zu führen, indem bspw. psychisch außerordentliche Belastungen, schockierende Erlebnisse bei Patientenbehandlung, Suizide von Patienten oder Patientinnen oder Mitarbeitende, sowie gewalttätige Übergriffe, stattfanden. Dazu ist eine Liste mit geschulten Kollegen im Internet zu finden und eine direkte Kontaktaufnahme kann entstehen. Ein Anliegen kann aber auch über Carus Vital, der Telefonzentrale oder per Mail erfolgen.

### **Universitätsklinikum Heidelberg** (Bellm, 2021)

Eine psychosoziale Beratung wird am Universitätsklinikum Heidelberg angeboten. Dort findet eine individuelle Beratung bei Stress und Krisen statt, sowie eine Beratung für Bewältigungsmöglichkeiten bei Burnout und Mobbing. Die psychosoziale Beratungsstelle gibt Hilfestellung bei Deeskalation von Konflikten am Arbeitsplatz und beim Auffinden von Entscheidungs- bzw. Lösungsmöglichkeiten. Das Aufsuchen von weiteren Behandlungsmöglichkeiten wird angeboten.

### **Universitätsklinikum Regensburg** (Kölbl, 2019)

Das Angebot „Ich doch nicht“ der Universitätsklinik Regensburg ist ein Gesprächsangebot für Mitarbeitende, die Hilfe in Krisen am Arbeitsplatz benötigen. Es erfolgt Unterstützung im Umgang und bei der Bewältigung von Ausnahmesituationen am Arbeitsplatz. Es sollen Erlebnisse besprochen werden, die emotional an die Grenzen gegangen sind. Die Gespräche finden in einer ruhigen Atmosphäre, mit geschulten und kompetenten Gesprächspartnern, statt. Das Ziel ist in akuten Belastungssituationen reagieren und Hilfe anbieten zu können.

### **Universitätsklinikum Freiburg** (Waschow, o.J.)

In Freiburg bietet die Universitätsklinik eine psychosoziale Beratung an. Die Beratungsstelle führt Einzelgespräche bei persönlichen oder beruflichen Belastungssituationen durch, gibt Unterstützung bei Konflikten am Arbeitsplatz und berät Beschäftigte mit Führungsverantwortung. Eine zeitnahe und unkomplizierte Unterstützung soll gegeben

werden. Das Ziel ist die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu fördern und zu erhalten. Das Angebot steht allen Mitarbeitenden zur Verfügung, ist vertraulich und unabhängig.

**Ludwig-Maximilians-Universität Klinikum München** („Persönliche Kommunikation“ Korrespondenz LMU, 2021)

Durch eine E-Mail-Korrespondenz mit der LMU wurden Informationen zu der Beratungsstelle des Klinikums erteilt. Das Klinikum bietet eine Betriebliche Sozialberatung und ein Konfliktmanagement, sowie eine Seelsorge für alle Mitarbeitenden an. Die Seelsorge begleitet Mitarbeitende und Patienten und Patientinnen. Die Beratung findet bei psychosozialer Belastung oder Beeinträchtigung statt, es erfolgen Supervisionen und Mediationen.

Es ist herauszustellen, dass die Homepage-Analyse der Universitätskliniken Unterstützungsangebote unterschiedlicher Art abbildet. Die Unterstützungsangebote zeigen Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten im Aufbau und Inhalt auf. Gleichmaßen sind streng vertrauliche und dem Datenschutz unterliegende Gespräche die Grundlage für alle Unterstützungsangebote. Die Unterstützung erfolgt entweder durch kollegiale, psychosoziale oder professionelle Beratung. Bis auf das Unterstützungsangebot des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, haben alle Mitarbeitende Zugang zu der Unterstützung. Inhaltlich wird deutlich, dass eine psychische oder psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz, teilweise auch privat, von allen Unterstützungsangeboten abgedeckt wird. Themen wie Krisen, chronischer und akuter Stress, sowie Konflikte werden vermehrt in den Unterstützungsangeboten aufgezeigt. Vereinzelt lassen sich Themen wie Mobbing, Burnout und Gewalt wiederfinden. Traumatische Erlebnisse oder Traumata, werden, bis auf in den Unterstützungsangeboten des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf und Giessen und Marburg, nicht explizit erwähnt. Inhaltliche Aspekte, lassen auf Unterstützungsangebote für Belastungen aufgrund von traumatischen Erlebnissen schließen. Weitere fünf Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung, werden gesondert im nächsten Kapitel betrachtet und bieten eine detaillierte Darstellung über die jeweiligen Unterstützungsangebote.

### **5.3 Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews**

Die Auswertung der halbstandardisierten Interviews erfolgt durch die vorab generierten Codes bzw. Kategorien. MAXQDA verwendet den Begriff Code für die Bearbeitung der qualitativen Datenanalyse. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird von Kategorien gesprochen. Aus

der Tabelle 2 können alle Kategorien entnommen werden.

*Tabelle 2: Liste der Kategorien (Eigene Darstellung, 2021) angelehnt an MAXQDA*

Farbe	Oberkategorie	Unterkategorie	Kat. Seg.
●		Entstehungshintergrund	12
●		Bedarf	13
●	Zielgruppe		5
●		Spezielle Stationen	11
●	Konzept		5
●	Aufbau und Inhalt		35
●		Intervention	13
●		Präventive Maßnahmen	7
●		Nachsorge	6
●		Ausbildung	14
●		Mitarbeitende	5
●		Evaluation	7
●		Unternehmensstruktur	7
●		Sichtbarkeit im Unternehmen	8
●		Zugänglichkeit	9
●		Verbesserungsvorschläge	6
●		Zitate	7

Insgesamt sind 17 Kategorien, davon drei Oberkategorien und 14 Unterkategorien entwickelt worden. Die letzte Spalte von rechts, zeigt die Kategorien Segmente, in allen Dokumenten auf. Beispielsweise sind zwölf Textstellen in der Unterkategorie „Entstehungshintergrund“ codiert worden usw. Die Farben zeigen die Zugehörigkeit der Kategorien auf. Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden die Kategorien komprimiert. Beispielsweise ist der Bedarf in der Arbeit vorab dargestellt worden, weshalb die Kategorie „Bedarf“ nicht mit in die Ergebnisse einbezogen wurde. Die Unterkategorien der Hauptkategorien werden in den Hauptkategorien dargestellt. Verschiedene Überlegungen sind für jede Kategorie durchgeführt worden, wobei die endgültigen Kategorien in der untenstehenden Tabelle dargestellt sind.

*Tabelle 3: Endgültige Kategorien (Eigene Darstellung, 2021)*

Endgültige Kategorien
1. Entstehungshintergrund
2. Zielgruppe
3. Aufbau und Inhalt
4. Evaluation
5. Verbesserungsvorschläge
6. Weitere Erkenntnisse

Als nächstes werden die Universitätskliniken in Abbildung vier vorgestellt. Um eine Übersichtlichkeit der Informationen zu wahren, erfolgt die weitere Darstellung der Ergebnisse anhand der endgültigen Kategorien. Die Unterstützungsangebote werden spezifisch dargestellt, sofern Gemeinsamkeiten vorliegen, werden die Zusammengefasst dargestellt.

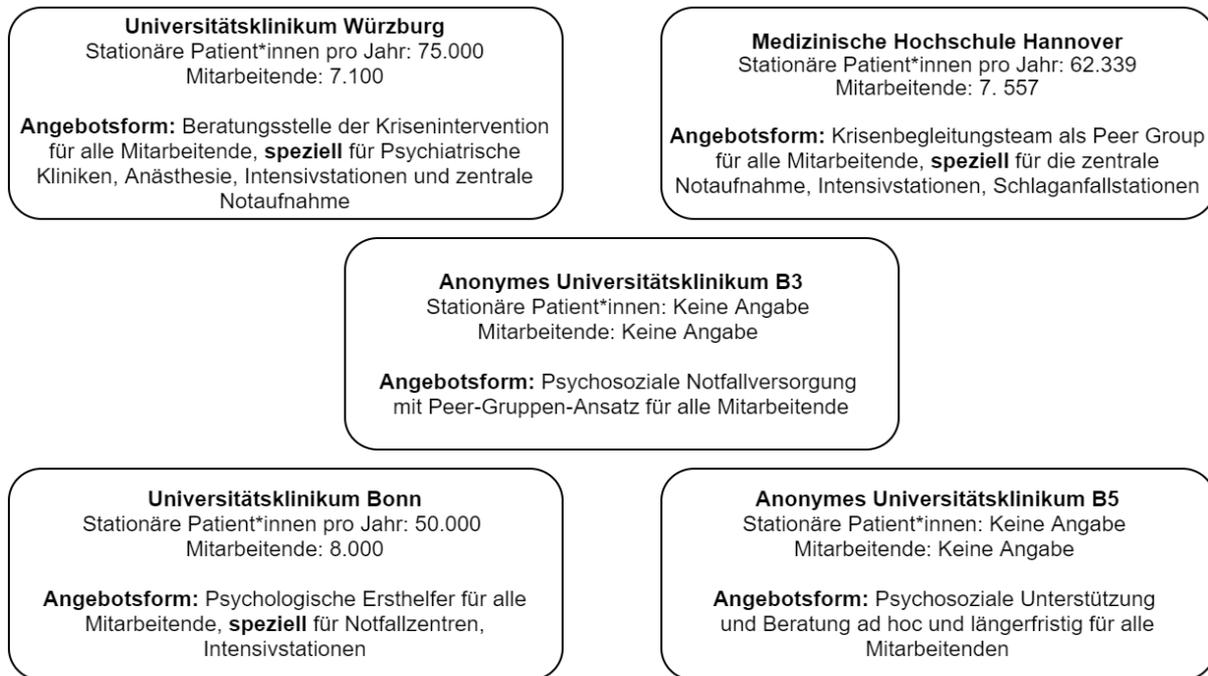


Abbildung 4: Übersicht der Universitätskliniken (Eigene Darstellung, Informationen aus den Interviews & Homepage-Analyse, 2021)

### Kategorie 1: Entstehungshintergrund

Das Universitätsklinikum Bonn bietet seit zehn Jahren das Unterstützungsangebot der Psychologischen Ersthelfer an. Im Jahr 2011 galt es als Alleinstellungsmerkmal, denn bis auf zwei oder drei andere Kliniken in ganz Deutschland, bot niemand diese Art der Unterstützung an (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 12). Aufgrund von verschiedenen Ereignissen, wie z.B. steigende Fallzahlen der Notfallstation und die Forderung des Pflegedirektors, wurden entsprechende Maßnahmen notwendig (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 14). Bei der Umsetzung des Unterstützungsangebots der psychologischen Ersthelfer wurde die Klinik von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) unterstützt. Informationen der DGUV wurden bereitgestellt und bei Bedarf wurde die therapeutische Anschlussbehandlung sichergestellt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 6; 10). Für die Entwicklung des Unterstützungsangebots ist eine interdisziplinäre Projektgruppe bestehend aus Pflegefachkräften, Ärzteschaft, Leiter des Notfallzentrums, Klinikseelsorge und einem ausgebildeten Kriseninterventionshelfer gegründet worden (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 16). Die Anonyme Universitätsklinik B5 folgte

ein Jahr später mit der Implementierung eines Unterstützungsangebots der psychosozialen Unterstützung. Das Unterstützungsangebot wurde gebraucht, da eine Reihe von schweren Unfallopfern in der chirurgischen Klinik in einer sehr kurzen Zeit aufkamen (B5\_Anonyme\_Uniklinik, Abs. 3). Das Universitätsklinikum Würzburg hat die Beratungsstelle im Jahr 2014 eingerichtet (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 4). Diese drei Kliniken bieten die Unterstützungsangebote am längsten an und sind professionelle Unterstützungsangebote.

Der Anlass für die Anonyme Universitätsklinik B3, eine psychosoziale Notfallversorgung mit Peer-Gruppen-Ansatz anzubieten, entstand aus der Frage heraus, was die Klinik den Mitarbeitenden außerhalb der Geschäftszeiten, an Feiertagen oder Wochenenden bietet, die etwas Gravierendes erlebten und Hilfe brauchten. Aufgrund dessen wurde die Implementierung des Unterstützungsangebots im Januar 2020 gestartet (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 11; 27). Die Medizinische Hochschule Hannover bietet schon seit längerem Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Angehörige an, die durch die Seelsorge gewährleistet wurde (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 9). Erst seit Dezember 2020 wird das Krisenbegleitungsteam als Peer-Group für Beschäftigte angeboten. Bereits 2014 wurde die psychische Belastung am Arbeitsplatz gemessen und die Gesundheitsberichte der Krankenkassen zeigten, dass viele Mitarbeitende aufgrund von psychischen Diagnosen krankgeschrieben waren. Ein Bedarf war schon länger im Fokus, doch erst durch die Erhebung der Gefährdungsbeurteilung und die Initiative der befragten Person, wurde die Implementierung des Unterstützungsangebots in die Wege geleitet (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 47; 51).

## **Kategorie 2: Zielgruppe**

Die Universitätskliniken sind sich einig, dass alle Beschäftigten, im besonderen Maße das pflegerische Personal, Unterstützungsangebote benötigt (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 4; B5\_Anonyme\_Uniklinik, Abs. 7; B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 24). Es geht auch darum, Prioritäten zu setzen und herauszufinden, welche Zielgruppe Unterstützungsangebote dringend benötigen. Intensivstationen, Psychiatrien und Notfallzentren, sowie die Anästhesie sind in der Regel diejenigen, in der eine dringendere Notwendigkeit von Unterstützung gesehen wird. Von diesen Stationen sind die Unterstützungsangebote gewünscht (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 14; B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 32; B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 13; 33). Die Stationen erleben eine größere Anzahl heikler, belastender oder traumatischer Situationen (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 14). Das Universitätsklinikum Würzburg berichtete, dass psychiatrische Kliniken ebenfalls eine Zielgruppe darstellen, die Unterstützung benötigen. Dort gibt es gehäuft Fälle von Übergriffen von Patientinnen und Patienten

(B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 14). Je mehr Mitarbeitende über die Unterstützungsangebote erfahren, desto mehr steigt das Interesse und die Bereitschaft diese in Anspruch zu nehmen. In der Augenklinik Bonn wurde das Angebot in Anspruch genommen, da Werbung durch einen Mitarbeiter gemacht wurde (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 32). Die Kategorie Zielgruppe zeigt, dass die Unterstützungsangebote für alle Beschäftigte und teilweise auch für Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht werden. Bestimmte Stationen werden als Zielgruppe explizit angesprochen, die mehr Unterstützung benötigen.

### **Kategorie 3: Aufbau und Inhalt**

Das Beratungsangebot des **Universitätsklinikums Würzburg** ist ein professionelles Angebot. Es wird von einer Psychologin und Psychoonkologin und einer Psychologin und Therapeutin, die jeweils eine 75 % Stelle und eine Assistenz, die eine 50 % Stelle einnimmt, vertreten. Die Beratungsstelle sieht Einzelberatungen und Supervisionen vor (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 26). Als Teil des BGM und als Stabstelle des Vorstands wird das Beratungsangebot der Säule der psychischen Gesundheit zugeordnet. Die Arbeitssicherheit und die psychische Gesundheit bilden das Kriseninterventionsteam, wobei ein spezieller Kreis der Psychiatrie dazukommt, und den Bereitschaftsdienst anbietet (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 6; 18). Themen, wie belastende und konfliktbehaftete Situationen im Arbeitsalltag, Umgang mit komplexen Behandlungssituationen, Tod, Leid und schwierige Situationen mit Patientinnen und Patienten und Angehörige, können besprochen werden. Dazu zählt auch der Umgang oder die Verarbeitung des Erlebten (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 10; 18). Die Mitarbeitenden der Beratungsstelle handeln präventiv, indem Sie auf die Klientinnen und Klienten zugehen und Beratungsgespräche anbieten. Es wird ein Curriculum für neues Anästhesiepflegepersonal erarbeitet, welches darauf vorbereitet, auf einer Intensivstation tätig zu sein (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 24; 28). Weitere Themen der Prävention werden von der Klinikinternen Akademie abgedeckt. Dort werden z.B. Deeskalationstrainings angeboten (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 24). Der erste Kontakt nach einer krisenhaften bzw. traumatischen Situation kann in der Arbeitszeit stattfinden, dabei wird der Auftrag geklärt. Es wird besprochen, ob ein Termin für das Anliegen ausreicht oder ob mehrere Folgetermine oder eine externe Weiterleitung nötig ist. Können die Probleme nicht in den abgesprochenen Terminen geklärt werden und muss der Mitarbeitende weitergeleitet und ggf. ein Arbeitsunfall gemeldet werden. Außerdem wird die Landesunfallkasse für die Übernahme einer Therapie angefragt (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 14).

Die **Medizinische Hochschule Hannover** bietet den Peer Support als eine Art kollegiale Fürsorge an, welche niederschwellig aufgebaut ist (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs.

21). Durch das Einverständnis des Vorstands und die dadurch erhaltenen Mittel, konnte die Ausbildung der Peer Groups bezahlt werden (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 13). Ungefähr 35 Mitarbeitenden der Peer Groups sind aus verschiedenen Bereichen rekrutiert und stehen für alle Kolleginnen und Kollegen im Haus zur Verfügung (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 21; 29). Im Intranet gibt es das Programm SharePoint, indem man mit zwei Klicks eine Anfrage zur Krisenintervention versenden kann. Die Krisenbegleiter sind transparent dargestellt und können direkt oder durch die Zentrale gerufen werden (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 17). Die Krisenbegleiterinnen und Krisenbegleiter arbeiten neben ihrer originären Arbeit. Die Akzeptanz der Arbeitgeberin und des Arbeitgebers ist mehr oder weniger gegeben (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 57). Bereiche, die schwerer Betroffen sind erhalten ein zusätzliches Angebot. Einmal im Monat werden direkt vor Ort Gespräche angeboten (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 19). Die Gespräche können in Einzel- und Gruppengesprächen stattfinden (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 39). In den Gesprächen geht es um das aktive Zuhören. Die Krisenbegleiterin und der Krisenbegleiter nehmen sich zurück und ermitteln vorerst was in der Situation passierte. Bei Nachfragen werden die Ressourcen der Personen fokussiert und aktiviert (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 41). Sollten weitere Interventionen notwendig sein, sind die Krisenbegleiterinnen und Krisenbegleiter dazu geschult eine Nachbesprechung durchzuführen oder leiten in eine psychotherapeutische Intervention über. Das kann durch die entsprechenden Kliniken oder über die Landesunfallkasse geschehen und wird als Arbeitsunfall gemeldet (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 21; 43).

Die psychologischen Ersthelfer des **Universitätsklinikums Bonn**, bieten im Zuge des Unterstützungsangebots eine kurzfristige Unterstützung für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte, nach Eintritt einer Krise, an (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 14; 42). Zwischen zehn und fünfzehn psychologische Ersthelfer sind in einem festen Stamm, dazu werden immer wieder neue Mitarbeitende ausgebildet. Insgesamt wird die Teamgröße auf 20 bis 30 Mitarbeitende geschätzt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 26). In dem Team sind viele Berufsgruppen wie z.B. Pflegende, Büromitarbeiter und Ergotherapeuten vertreten (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 24). Seit 2016 ist das Team der psychologischen Ersthelfer nicht nur für Patienten und Patientinnen, sondern auch für alle Beschäftigte zuständig und das in Bereitschaftsdienst (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 22). Das Unterstützungsangebot bietet somit eine 24 Stunden Betreuung an. In der Regelarbeitszeit sind die Dienste von direkten Ansprechpartnern abgedeckt. Von 16 Uhr bis sechs Uhr morgens und am Wochenende werden die Dienste von der Rufbereitschaft übernommen. Die Rufbereitschaft wird von den Mitarbeitenden außerhalb der Arbeitszeiten erbracht. Für einen Einsatz erhalten die psychologischen Ersthelfer eine Aufwandsentschädigung. Die Organisation und Strukturierung der Dienste wurde als

nicht einfach beschrieben (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 24; 26; 28). Sobald eine krisenhafte Situation passiert, kann über die Telefonzentrale angerufen werden. Der Anruf wird weitergeleitet, an denjenigen der Rufbereitschaft hat. Die Nummern sind in der Telefonzentrale hinterlegt. In den Regelarbeitszeiten können sich die Mitabreitenden an die Teamleitung wenden, die den Fall übernimmt oder schaut wer zur Betreuung des Falls abkömmlich ist. Das Ziel ist in einer halben Stunde bis max. 45 min. vor Ort zu sein und die Person unterstützen zu können (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 34). Die psychologischen Ersthelfer werden gerufen, wenn es akute Krisensituationen gibt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 22), es werden aber auch Mitarbeitende mit schweren Erkrankungen begleitet. In der Krisenbegleitung geht es vor allem darum, eine Stabilisierung der Person, die ein tragisches Erlebnis hatte, zu gewährleisten (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 24). Die befragte Person teilte mit, dass ein präventiver Ansatz in deren Unterstützungsangebot fehle. Als präventiv wurden Strukturen angesehen, die Mitarbeitende auf Krisen vorbereitet, um mit potenziellen krisenhaften Situationen umzugehen (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42).

Der Peer Support der **Anonymen Universitätsklinik B3**, bietet mit 13 Mitarbeitenden, die nicht psychologisch vorversiert sind, Akuthilfe bei gravierenden Ereignissen, an (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 15; 23; 35; 31). Es sind alles Mitarbeitende der Klinik, die aus der Pflege kommen oder auch Büroangestellte sein können (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 37). Das Unterstützungsangebot ist im Klinischen Ethikkomitee angesiedelt und fachlich wird es durch das Institut der medizinischen Psychologie betreut (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 48). Das Konzept des Angebots sieht vor, die Personen, die eine kritische Situation erlebt haben, aufzufangen und Sicherheit, Normalisierung und Informationen zu geben. Die Aufklärung über traumatische Erlebnisse und das Aufzeigen einer Perspektive wird geboten (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 52). Für die Strukturen der Anonymen Universitätsklinik B3 gibt es keine offiziellen Regelungen, das Unterstützungsangebot entstand in einem „Zwischen“. Eine Pflegefachkraft, die bei dem Peer Support mitmachen möchte, muss sich bspw. die Zustimmung der Stationsleitung selbst einholen (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 41). Zusammengefasst hat das Unterstützungsangebot drei wesentliche Aufgaben. Die primäre Prävention, die Intervention im Fall und die Nachsorge, indem der Bedarf der Person ermittelt wird (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 56). Nach einem traumatischen Erlebnis kann der Kontakt durch mehrere Wege entstehen. Durch eine Notfallnummer, die immer besetzt ist oder es kann das Büro des klinischen Ethikkomitees aufgesucht werden (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 35). Es werden individuelle Gespräche allein oder als Gruppe zur Verfügung gestellt. Die Inhalte, sind alle Ereignisse im Klinikbereich, die Mitarbeitende als zu viel empfinden (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 21; 56).

Die psychosoziale Beratung der **Anonymen Klinik B5** bietet Gespräche für alle Mitarbeitende, die Unterstützung brauchen an. Der Beratende ist da, hört zu und tröstet. Wenn sich im Verlauf des Gesprächs zeigt, dass noch weitere Maßnahmen benötigt werden, können diese in die Wege geleitet werden. Das Angebot nutzt vorhandene und personelle Ressourcen. Für die Beratung sind Betriebsärzte und Betriebsärztinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Ärzte und Ärztinnen in der Psychosomatik und Klinikseelsorger und Klinikseelsorgerinnen zuständig (B5\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 9 & 15). Informationen erhalten Mitarbeitende an den Pforten der Kliniken. Dort liegen Flyer aus mit allen Kontaktdaten der Ansprechpartner. Außerdem suchen Betriebssozialarbeiter und Arbeiterinnen oder die Klinikseelsorge Betroffene am Arbeitsplatz auf. Während der jeweiligen Öffnungszeiten können Betriebsärzte und Betriebsärztinnen und die Psychosomatik ebenfalls aufgesucht werden. Die Seelsorge ist jederzeit für alle Mitarbeitende verfügbar (B5\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 13).

Die Ausbildung der Beratenden wird gesondert betrachtet. Es stellte sich heraus, dass es keine Ausbildungsstandards für die Klinische Krisenintervention gibt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 36). Personen die als Kriseninterventionshelfer arbeiten wollen, werden in einer nicht standardisierten Form ausgebildet. Die professionellen Beratenden haben die jeweilige Fachexpertise (B5\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 17). Für die Ausbildung der Laienhelfern gibt es verschiedene Dienstleister auf dem Markt die in Anspruch genommen werden können. Zwei Kliniken erwähnten die Bundesvereinigung Stressverarbeitung nach belastenden Situationen e.V. (SbE e.V.), wobei die Anonyme Klinik B3 durch den SbE e.V. ausgebildet wurde und die Medizinische Hochschule Hannover sich ebenfalls für den SbE e.V. interessierte, sich aber für einen anderen Dienstleister entschieden hat (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 53; B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 5). Die Ausbildungen sind niederschwellige Laienschulungen, die es ermöglichen in kurzer Zeit und durch die entsprechende Fortbildung eine Kompetenz als Peer-Group aufzubauen (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 11; B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 25). Die Ausbildung nach SbE e.V. dauert zwei Wochen (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 29). Die Ausbildung der Medizinischen Hochschule Hannover besteht aus einer viertägigen Grundausbildung und jeweils zwei zweitägigen Fortbildung, um die Krisenbegleitung anzubieten (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 23). In dem Universitätsklinikum Bonn wurden die ersten Mitarbeitende über die Notfallseelsorge ausgebildet. Die ersten Einsätze fanden ebenfalls mit der Notfallseelsorge statt und die Instrumente der Notfallseelsorge wurden genutzt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs.18). Es hat sich mit der Zeit weiterentwickelt, sodass die Mitarbeitende eine sehr gute und teure Ausbildung erhalten, in denen explizit die Unterstützung der Beschäftigten Inhalt der Ausbildung ist (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 24; 30).

#### **Kategorie 4: Evaluation**

Aufgrund der Verschiedenheit der zu bearbeitenden Fälle und unter Berücksichtigung des Einzelfalls ist es schwierig zu beurteilen, ob die angebotene Unterstützung eine Wirkung zeigt (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 34; B3\_Anonyme\_Uniklinik, Abs. 60; B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 40). Für Unterstützungsangebote nach belastenden, krisenhaften oder traumatischen Erlebnissen, gibt es keine standardisierten Verfahren oder Metriken zur Definition von Wirksamkeit (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 34; B3\_Anonyme\_Uniklinik, Abs. 60). Aus diesem Grund ist für die Kliniken nicht immer klar, wie sie eine ordnungsgemäße Evaluation durchführen sollen. Es wird nicht oder nicht standardisiert evaluiert (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 60; B5\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 19). Die Kliniken nehmen aufgrund dieser Tatsache, die Evaluation selbst in die Hand und definieren ihren eigenen kreativen Ansatz, um das Unterstützungsangebot in einer individuellen Weise darzustellen. Die Evaluation kann anhand der Aussagen der befragten Personen, in zwei verschiedene Bereiche eingeteilt werden. Die Evaluation in Bezug auf Klienten und Klientinnen und die Evaluation aus unternehmerischer Sicht. Auf Kundenebene zeigt sich die Wirksamkeit, indem sich die Person erholt oder Fortschritte auf dem Weg zur Genesung macht. Die Wirksamkeit des Unterstützungsangebots in Bezug auf den Klienten und Klientinnen wird in keiner Klinik entsprechend evaluiert. Die befragte Person des Universitätsklinikums Bonn kommentierte dies folgendermaßen:

*„Es ist nicht einfach Krisenintervention zu evaluieren. Das Outcome ist immer schwierig, man kann ganz schlecht dann nach drei Jahren anzurufen und fragen, hat es geholfen oder haben Sie ein Trauma entwickelt?“ (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 40).*

Die befragte Person des Universitätsklinikums Würzburg äußerte sich dazu:

*„(...) Ob es erfolgreich war, ist bei unserer Arbeit schwer messbar. Man könnte ja sagen, wenn jemand das Team verlässt, dann war es kein Erfolg, aber was ist Erfolg?“ (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 34).*

Aus unternehmerischer Sicht wird die Effektivität bzw. Sinnhaftigkeit der Unterstützungsangebote evaluiert. Das Interesse liegt bei den Zahlen. Um solche Informationen zu erhalten, erfasst die Universitätsklinik Würzburg, wie viele Personen das Angebot in Anspruch genommen haben, und unterteilen diese in Kategorien, wie Berufsgruppen, Alter und Geschlecht. Aufgrund der sensiblen Thematik werden nur spezielle Daten in den Jahresbericht aufgenommen, um keine Rückschlüsse auf die Person ziehen zu können (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 32). Die Statistik gibt Aufschluss über die Bereitschaft der Mitarbeitenden, Unterstützung zu erhalten. Außerdem zeigen die Daten, wie vernetzt das Kriseninterventionsteam innerhalb der Klinik Würzburg arbeitet (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 32). Die

Uniklinik Bonn evaluiert einerseits die Auswirkungen auf die Stationsteams, außerdem werden Fallzahlen evaluiert (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 40). Es können Einschätzungen in die Dokumentation in einem Freitext eingetragen werden. Die subjektive Einschätzung der Nützlichkeit, Kooperation und eventuell aufgetretenen Schwierigkeiten während der Behandlung, können dokumentiert werden und sind Bestandteil der Evaluation (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 40). Diese Art der Evaluation wird genutzt, damit es nicht zu sensiblen Befragungen, der Klienten und Klientinnen kommt (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 40). Die Medizinische Hochschule Hannover sieht sich in diesem Bereich noch zu neu und erstellt als solche eine SPSS-Tabelle aus den Daten der Einsätze, um zu schauen wie viele Einsätze es gibt und um mögliche Trends zu sehen (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 47).

Die Ergebnisse der Kategorie Zielgruppe zeigen, dass eine Evaluation anhand der Wirksamkeit in Bezug auf die Klienten und Klientinnen schwer bis gar nicht möglich ist. Eine einheitliche Meinung der Befragten kann wiedergegeben werden. Es können Fallzahlen, Einschätzungen oder Auswirkungen auf die Teams ermittelt und evaluiert werden. Die Fallzahlen machen deutlich, dass die Unterstützungsangebote genutzt und benötigt werden.

#### **Kategorie 5: Verbesserungsvorschläge**

Bei der Betrachtung der Kategorie „Verbesserungsvorschläge“ wird auf die zweite Hypothese hingewiesen. Es ist komplex Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen zu entwickeln und die Unterstützungsangebote sind nicht standardisiert aufgebaut. Laut der befragten Person des Universitätsklinikums Bonn besteht ein dringender Bedarf an einer standardisierten Vorgehensweise für Unterstützungsleistungen. Es braucht einen sicheren Rahmen durch die Fachgesellschaften und für die gesamte Krankenhauslandschaft (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42). Es soll sichergestellt werden, dass die Kliniken gut ausgebildet sind und auf einem kompetenten Niveau unterstützen können (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42). Es fehlt die Offenheit in der Gesellschaft und auch bei den Krankenhausangestellten. Würde die Offenheit steigen, dann besteht ein Vorteil darin, dass bei einem Wechsel der Krankenhausleitung oder einer drastischen Änderung des Verfahrens die Unterstützungsangebote erhalten bleiben, worauf die Anonyme Universitätsklinik B3 anspricht (B3\_Anonyme\_Universitätsklinikum, Abs. 70). Die Universitätsklinik Würzburg sieht Verbesserungen in der inhaltlichen Natur, die durch einheitliche Weiterbildungen stattfinden könnten (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 36). Die befragte Person der Anonymen Universitätsklinik B5 betont, dass die Versorgung in der Klinik gut funktioniert. Die Verfügbarkeit von mehr Therapieplätzen ist notwendig, damit Wartezeiten reduziert werden können. Das ist in der Regel nicht zeitnah möglich (B5\_Anonyme\_Univeristätsklinik, Abs. 21). Die Implementierung einer Rufbereitschaft wäre ein Ziel und eine Verbesserung des Unterstützungsangebots in der Medizinischen Hochschule Hannover. Dafür bräuchte es mehr Geld und

die Zahlen, die eine Implementierung der Rufbereitschaft bestärken (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 59). Die Uniklinik Bonn ergänzt noch, dass in diesem Bereich mehr Forschung und Publikationen erforderlich sind (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42).

Angesichts der Aussagen über die Unterstützungsangebote liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sich die zweite Hypothese besonders in Hinsicht auf die nicht standardisierten Unterstützungsangebote bestätigt.

### **Kategorie 6: Weitere Erkenntnisse**

Die Interviews brachten weitere Erkenntnisse über die Sichtbarkeit und Ansiedelung der Unterstützungsangebote in den Kliniken. Darüber hinaus werden noch zwei weitere wesentliche Aspekte genannt. Um das Unterstützungsangebot der Medizinischen Hochschule Hannover sichtbarer zu machen, wurden die Pflegedienstleitungen und Bereichsleitungen involviert. Durch die Hauszeitung und das Intranet wurden Informationen verbreitet. Es wurden die Klinikdirektorinnen und Direktoren angesprochen und der ärztliche Bereich, damit alle in der Klinik über die Unterstützungsangebote informiert sind (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 35). In der Uniklinik Bonn hat es schon lange den Projektstatus verlassen und ist fest in der Klinik etabliert, das wird an den Fallzahlen deutlich mit 80 Einsätzen pro Jahr (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42). In der Uniklinik Würzburg gehen die Berufsgruppen auf die Beratungsstelle zu, wobei es Berufsgruppen gibt, die aktiv angesprochen werden müssen (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 22). In der Anonymen Uniklinik B3 ist es noch nicht dazu gekommen, dass das Unterstützungsprogramm fest etabliert wurde und eine Sichtbarkeit ist nicht gegeben (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 27).

Die Ansiedelung der Unterstützungsangebote ist ein Faktor, der nicht zu unterschätzen ist. Unterstützungsangebote können sehr unterschiedlich angesiedelt werden und je nachdem wo es angesiedelt ist, werden die Unterschiede der Strukturen deutlich (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 70). Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen haben keine feste Zugehörigkeit. Ansiedlungsorte können die Arbeitssicherheit, das Institut, die klinische Psychologie, beim Klinischen Ethikkomitee oder bei der Seelsorge sein (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 70). Es wurden positive Faktoren der befragten Person der Medizinischen Hochschule Hannover herausgestellt, durch die Ansiedelung des Unterstützungsangebots an der Stabsstelle der Arbeitssicherheit. Die Wege für die Implementierung eines Unterstützungsangebots können dadurch verkürzt werden, da das Anliegen direkt an den Vorstand herangetragen werden kann. Die Chancen für die Akzeptanz steigt (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 71). Durch eine einheitliche Ansiedelung des Unterstützungsangebots können strukturelle Unterschiede vermieden werden.

Es wurden zwei weitere wesentliche Aspekte im Kontext der Unterstützungsangebote genannt. Die befragte Person der Medizinischen Hochschule Hannover verweist auf die Netzwerktagungen, in denen sich Kliniken über Kriseninterventionen austauschen können. Die Treffen zeigen, dass es mittlerweile ein breites Angebot an Unterstützungsmaßnahmen in Deutschland gibt. Die befragte Person verweist auf die Mitarbeitenden der Uniklinik Bonn, die sich schon sehr intensiv mit dem Thema der Krisenbegleitung auseinandergesetzt hat (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 51) und ebenfalls an der Befragung teilgenommen hat. Die befragte Person der Universitätsklinik Bonn bestätigt die Verbreitung der Unterstützungsangebote:

*„Und insgesamt, was Deutschland angeht, hat sich viel getan, gerade auch in der Bildung der klinischen Krisenintervention in der DIVI. Das ist ein großer Schritt, und es gibt seit zwei Jahren sogenannte Netzwerktagungen, wo alle Kliniken, die sich mit dem Thema beschäftigen regelmäßig zusammenkommen und wir genau über solche Dinge sprechen.“ (B4\_Uniklinik\_Bonn, Abs. 42).*

Eine weitere Erkenntnis konnte aus der Befragung mit der Anonymen Universitätsklinik B3 geschlossen werden. Ein wichtiger Faktor ist und bleibt die Pflegefachkraft selbst. Pflegefachkräfte müssen Eigeninitiative zeigen. Nach einem traumatischen Erlebnis, welches nicht eigenständig verarbeitet werden konnte, darf nicht geschwiegen werden und es muss Hilfe geholt werden (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 66). Die Studienlage über den Umgang mit traumatischen Erlebnissen, bestätigt diese Aussage, denn Pflegefachkräfte sehen traumatische Erlebnisse nach und nach als Teil ihrer Arbeit an und akzeptieren diesen Umstand. Außerdem wird deutlich, wie sensibel das Thema für Pflegefachkräfte ist. Es fehlt ein offener Umgang mit traumatischen Erlebnissen. Dazu sagte die befragte der Anonymen Klinik B3:

*„Wenn die Offenheit wäre, dann würde man mehr in Anspruch genommen werden, besonders auch das kollegiale Miteinander, das kann meines Erachtens nur gut sein und dann wird auch die Unterstützung größer.“ (B3\_Anonyme\_Universitätsklinik, Abs. 70).*

Zu dieser Thematik äußerte sich auch die befragte Person der Universitätsklinik Würzburg und sieht einen Kulturwandel im Umgang mit traumatischen Erlebnissen. Der Anspruch an die Professionalität und die Verbindung, dass muss man als Pflegefachkraft schaffen, verändert sich. Außerdem wird für die Qualitätssicherung und einen guten Abstand zum Beruf, die Unterstützung nach einem traumatischen Erlebnis immer wichtiger, auch wenn es sich nur um ein kurzes Gespräch handelt (B1\_Uniklinik\_Würzburg, Abs. 18). Es wird durch das Unternehmen gezeigt, dass die Pflegefachkraft nicht mit ihren Problemen allein gelassen wird, doch den Vorfall zu melden und Hilfe in Anspruch zu nehmen, liegt in der Hand der Pflegefachkraft.

## 6. Diskussion

Die Analyse der Studienlage ist eine grundlegende Voraussetzung, um einen Bedarf an Unterstützungsangeboten nach traumatischen Erlebnissen abzuleiten. Es stellt sich die Frage, inwiefern traumatische Erlebnisse von Pflegefachkräften selbst verarbeitet werden können. Nicht jede traumatische Erfahrung macht krank und nicht immer ist eine Unterstützung notwendig. Menschen verfügen über Selbstheilungsmöglichkeiten und können kritische Lebensereignisse oftmals selbst verarbeiten (Sendera und Sendera, 2013). Sollten diese Selbstheilungsmöglichkeiten nicht ausreichend wirken, wobei dies individuell zu beurteilen ist, kann eine Bewältigungsunterstützung durch Unterstützungsmaßnahmen erfolgen. Außerdem ist zu den Studien zu berücksichtigen, dass diese in vielen Ländern der Welt veröffentlicht worden sind und somit kein vollständiger Transfer zu Deutschland geben ist. Eine systematische Literaturrecherche zu Studien in Deutschland wäre zutreffender gewesen, da die Unterstützungsangebote ebenfalls in Deutschland ermittelt wurden. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass ein Risiko, traumatische Ereignisse als Pflegefachkraft zu erleben erhöht ist, da mit Menschen in Notlagen gearbeitet wird (Kobayashi et al., 2020). Die Studien belegen, dass Pflegefachkräfte mit verschiedenen traumatischen Situationen konfrontiert sind und verbale und körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung, Mobbing und Sekundäre Traumatisierungen erleben. Außerdem ist der Umgang der Pflegefachkräfte mit traumatischen Ereignissen als negativ zu bewerten (Mason et al., 2014; Kobayashi et al., 2020; Zhang et al., 2020). In dem Review von Zhang et al. (2020) wird unterstrichen, dass ein Handlungsbedarf für psychologische und organisatorische Maßnahmen besteht, weshalb die Ermittlung und Analyse bestehender Unterstützungsangebote als sinnvoll erachtet wurde.

Das Ziel die Unterstützungsangebote der deutschen Universitätskliniken zu ermitteln und den Aufbau sowie Inhalt zu untersuchen und zu beschreiben wurde erreicht. Die Analyse der Homepages brachte Aufschluss darüber, ob Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen an deutschen Universitätskliniken zur Verfügung gestellt werden. Von 37 Universitätskliniken, die auf Unterstützungsangebote analysiert wurden, konnten insgesamt 16 Unterstützungsangebote ermittelt werden. Weniger als die Hälfte der Universitätskliniken bieten Unterstützung nach traumatischen Erlebnissen an. Diese 16 Universitätskliniken haben sich mit dem Thema traumatischer Erlebnisse und psychischer Belastung am Arbeitsplatz auseinandergesetzt, um ihren Mitarbeitenden Unterstützung bieten zu können. Die Ermittlung der Unterstützungsangebote auf den Homepages der Universitätskliniken war aufwändig. Trotz der gewissenhaften und sorgfältigen Suche kann nicht ausgeschlossen werden, dass Unterstützungsangebote nicht aufzufinden waren und dadurch eine Verzerrung der Darstellung entstanden ist. Informationen können nur für

Mitarbeitende bspw. im Intranet zur Verfügung gestellt werden. Denkbar wäre auch, dass keine Informationen über Unterstützungsangebote auf den Homepages dargestellt sind.

Die Befragung der Personen mit Expertise, konnte detailliertere Erkenntnisse über vier Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen hervorbringen. Die Sichtprobe, von vier befragten Personen, wurde zuvor als gering eingeschätzt. Durch die Qualität der Antworten wurden sehr umfassende Erkenntnisse über den Inhalt und Aufbau ermittelt. Eine realistische Datensättigung, ist aufgrund der zusätzlichen Homepage-Analyse und einer schriftlichen Beantwortung des Fragebogens, erreicht worden. Die Erhebung macht deutlich, dass sich alle fünf Unterstützungsangebote in gewissen Punkten voneinander unterscheiden, aber einige wesentliche und inhaltliche Gemeinsamkeiten vorhanden sind. Die Unterstützung der Mitarbeitenden nach traumatischen Erlebnissen erfolgt an den Universitätskliniken durch psychologische oder psychosoziale Unterstützung und Einzel- und Gruppenunterstützung (Supervision). Es werden Deeskalationstraining angeboten und es gibt interne Kriseninterventionsteams. Diese Unterstützungsformen zählen zu den professionellen Angeboten und sind durchaus etabliert. Die Hemmschwelle für Pflegefachkräfte eine professionelle Anlaufstelle aufzusuchen, ist erhöht (Lasogga und Gasch, 2011). Insgesamt fünf von 16 Kliniken bieten die Kollegiale Erstbetreuung durch einen Peer-Gruppen-Ansatz an. Es wurde festgestellt, dass die Kollegiale Erstbetreuung von Kliniken angeboten wird, die das Unterstützungsangebot vor kurzer Zeit implementiert haben. Dazu zählen bspw. die Medizinische Hochschule Hannover, die Anonyme Universitätsklinik B3 und das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Die Peers sind abgegrenzt von anderen Unterstützungsangeboten zu betrachten. Diese Art der Unterstützung wird von Laienhelfer oder Laienhelferinnen durchgeführt. Es gibt kollegiale Ansprechpartner und Partnerinnen, die auf Augenhöhe mit den Betroffenen interagieren. Die Peer Groups können nach einer kurzen Ausbildung schnelle und niederschwellige Unterstützung leisten. Diese Vorteile werden auch von den Unternehmen gesehen und versuchen diesen Ansatz in die Kliniken entsprechend zu implementieren.

Die Unterstützungsangebote verfolgen die gleichen Ziele. Ein Ziel ist, auf die Mitarbeitenden zuzugehen und ihnen das Unterstützungsangebot zu vermitteln, um es damit Gesprächsfähig zu machen. Des Weiteren sollen Menschen, die eine kritische Situation erlebt haben, aufgefangen werden. Vertrauliche und individuelle Gespräche sind die Grundlage aller Unterstützungsangebote. Menschen mit traumatischen Erfahrungen, haben den Drang, über das Geschehe zu Reden und es dadurch zu verarbeiten. Der Drang besteht noch Wochen nach dem Vorfall, weshalb Kriseninterventionshelfer den Kontakt zum Opfer aufrechterhalten sollen (Lasogga und Gasch, 2011). Die Nachsorge, durch die Weiterleitung an professionelle Therapieplätze werden durch die Unterstützungsangebote

abgedeckt. Sowohl die Laienhelfer als auch die professionellen Helfer sind dazu befähigt die Beurteilung durchzuführen. Basierend auf den Erkenntnissen der Notfallpsychologie (Lasogga und Gasch, 2011) lassen sich die Strukturen in den Unterstützungsangeboten wiederfinden. Die Ermittlung der Unterstützungsangebote in Bezug auf Pflegefachkräfte wurde relativiert. Die Unterstützung wird primär allen Beschäftigten der Kliniken angeboten. Die Befragten waren sich einig, dass Pflegefachkräfte in einem besonderen Maße Unterstützung benötigen. Die ermittelten Studien und die Universitätskliniken zeigen einen Konsens. Es gibt spezielle Stationen wie bspw. die Intensivstationen oder Notfallzentren, die einen erhöhten Bedarf an Unterstützung benötigen. Die Unterstützungsangebote werden nicht in dem Maße, wie vorab angenommen, evaluiert. Eine Evaluation der Wirksamkeit wird nicht durchgeführt, es werden ausschließlich Klienten und Klientinnen ferne Daten erhoben. Netzwerktagungen bringen die Kliniken zusammen und ermöglichen somit einen Austausch untereinander. Alle interessierten Kliniken können daran teilnehmen. Das Zusammentreffen der Kliniken eröffnet neue Möglichkeiten und Perspektiven für die Implementierung von Unterstützungsangeboten. Für die Etablierung der Unterstützungsangebote muss eine Sensibilisierung und Enttabuisierung von Traumatisierungen in den Kliniken stattfinden. Dies gilt sowohl für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch für die Pflegefachkräfte. In den Interviews wurde deutlich, dass die Offenheit gegenüber Traumatisierungen und Folgen von psychischen Belastungen fehlt. Die Belastungen, die nach einer Traumatisierung entstehen werden als Schwäche angesehen. Sobald sich Pflegefachkräfte von diesem Denken lösen, können Unterstützungsangebote dazu beitragen, negativen Folgen entgegenzuwirken. Sobald die Unterstützung nicht ausreicht, müssen weitere Maßnahmen eingeleitet und ein Arbeitsunfall gemeldet werden, denn ein Psychotrauma ist ein Arbeitsunfall (B2\_Med.Hochschule\_Hannover, Abs. 21).

Die Arbeit sollte dazu beitragen, Unterstützungsangebote nach traumatischen Erlebnissen für Pflegefachkräfte darzustellen. Ein Anliegen der Autorin war es, die Wichtigkeit der Implementierung von Unterstützungen nach traumatischen Erlebnissen in der Pflege herauszustellen. Dazu wurden die Begriffe Trauma und traumatische Erlebnisse geklärt, um ein Verständnis über diese komplexen Erlebnisse zu schaffen. Traumatische Erlebnisse können jeden Menschen zu jeder Zeit treffen. Das Risiko ist in einem Krankenhaussetting erhöht. Die Anfänge einer niederschweligen und standardisierten Implementierung von Unterstützungsangeboten, steht in den Anfängen. Universitätskliniken setzen sich mit der Thematik einer Traumatisierung am Arbeitsplatz auseinander. Dennoch sind Krisenmanagementsysteme im Gesundheitswesen keine verbindlichen Regelungen und können eher als Empfehlungen angesehen werden.

Einige Stärken aber auch Limitationen lassen sich für diese Arbeit herausstellen. Es konnte keine deutschlandweite Übersicht der Universitätskliniken gegeben werden. Die Unterstützungsangebote verteilen sich über unterschiedliche Bundesländer. Darunter zählen z.B. Nordrhein-Westfalen, Bayern und Niedersachsen, somit kann aber gesagt werden, dass eine bundesländerübergreifende Übersicht gegeben werden konnte. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde durch die Autorin selbst untersucht und vorgenommen, wobei eine Ungewissheit über nicht gefundene Kontaktpersonen bestehen bleibt. Zu Betonten ist die Offenheit der Teilnehmenden Personen im Interview. Dies ist auch in den Redebeiträgen der Transkription deutlich zu erkennen. Es wurden sehr viele Informationen erbracht, die in einer Bachelorarbeit nicht verarbeitet werden konnten. Sehr deutlich wurde der Bedarf an mehr Forschung und Veröffentlichungen zu traumatischen Erlebnissen im Kliniksetting und zu Kriseninterventionen. Die Perspektive der Pflegefachkräfte wurde z.B. nicht in dieser Arbeit berücksichtigt. Eine Befragung aus dieser Sicht könnte mehr über die Bedarfe der Pflegefachkräfte zeigen, um gezielter Unterstützung anbieten zu können. Außerdem generell besteht ein großer Bedarf an gezielter Forschung, zu standardisierten Unterstützungsangebote für Pflegekräfte nach traumatischen Erlebnissen.

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch verschiedene Informationsquellen aus und einer Informationsdichte der qualitativen Interviews. Insgesamt lässt sich zeigen, dass Unterstützungsangebote etablierter sind als es zu Beginn der Untersuchung schien. Es konnten verschiedene Unterstützungsangebote dargestellt werden, die alle gewisse Vor- und Nachteile bringen. Es werden immer traumatische Erlebnisse in einem klinischen Setting auftreten. Eine Unterstützung durch die Arbeitgeberin und den Arbeitgeber sollte deshalb in jedem Krankenhaus offen dargestellt und kommuniziert werden.

## 7. Quellenverzeichnis

- Adams, E.A., Darj, E., Wijewardene, K., Infanti, J.J., 2019. Perceptions on the sexual harassment of female nurses in a state hospital in Sri Lanka: a qualitative study. *Glob. Health Action* 12, 1560587.
- Beck, D., 2019. Psychische Belastung als Gegenstand des Arbeitsschutzes: Typische Herausforderungen in der betrieblichen Praxis. *Arbeit* 28, 125–147.
- Bellm, A., (2021): UKHD, Betriebsärztlicher Dienst [Online]: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/organisation/zentrale-einrichtungen/betriebsaerztlicher-dienst/leistungsspektrum/psychosoziale-beratung> [abgerufen am 25.06.2021].
- Chatziioannidis, I., Bascialla, F.G., Chatzivalsama, P., Vouzas, F., Mitsiakos, G., 2018. Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *BMJ Open* 8, e018766.
- DIMDI, (2020): Medizinwissen, Deutsches Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM Version 2020, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) [Online]: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f40-f48.htm> [abgerufen am 16.05.2021].
- EU-OSHA, (2021): Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Rahmenrichtlinie – Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit [Online]: <https://osha.europa.eu/de/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction> [abgerufen am 20.05.2021].
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., Zaudig, M., American Psychiatric Association (Eds.), 2018. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®, 2. korrigierte Auflage. ed. Hogrefe, Göttingen.
- Flatten, G., (2011): AWMF online, S2k- Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. DeGPT Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie [Online]: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-027I\\_S2k\\_Diagnostik\\_Behandlung\\_akute\\_Folgen\\_psychischer\\_Traumatisierung\\_2019-10.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027I_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf) [abgerufen am 20.05.2021].

- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., Nienhaus, A., 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv. Res.* 10, 51.
- Gehre, T., (2016): Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Die Dresdner, Programm „Mitarbeiter für Mitarbeiter“ [Online]: [https://kit-dresden.de/wp-content/uploads/20161124\\_FlyerProjektvorstellung.pdf](https://kit-dresden.de/wp-content/uploads/20161124_FlyerProjektvorstellung.pdf) [abgerufen am 25.06.2021].
- Grobe, T., Steinmann, S., (2019): Die Techniker, Gesundheitsreport, Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. [Online]: <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/ge-sundheitsreport-2019-data.pdf> [abgerufen am 15.06.2021].
- Hanning, C., Schäfer, I., (2020): Projekt Stress- & Traumaprävention am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [Online]: [https://deutscher-personalwirtschaftspreis.de/wp-content/uploads/2020/10/BGM\\_UKE\\_Praesentation\\_Projekt\\_Stress-Traumapraevention.pdf](https://deutscher-personalwirtschaftspreis.de/wp-content/uploads/2020/10/BGM_UKE_Praesentation_Projekt_Stress-Traumapraevention.pdf) [abgerufen am 25.06.2021].
- Hartung, S., 2019. Trauma in der Arbeitswelt. Gabler, Berlin, Heidelberg.
- Institut für Angewandte Arbeitswissenschaft (Ed.), 2016. 5S als Basis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, ifaa-Edition. Springer Vieweg, Berlin Heidelberg.
- Jachmann, M., (2016): Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland [Online]: <https://www.bundestag.de/resource/blob/417706/6e9eb8e17dbe2a1905d3fc8d9a4acf51/WD-9-007-16-pdf-data.pdf> [abgerufen am 20.05.2021].
- Kerr, K., Oram, J., Tinson, H., Shum, D., 2017. Health Care Workers' Experiences of Aggression. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 31, 457–462.
- Klein, B., (2020): arbeitsschutz-kmu.de, Regionales Portal Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz für Kleinbetriebe im Lande Bremen, Unterweisungen durchführen [Online]: <http://www.arbeitsschutz-kmu.de/7.htm> [abgerufen am 25.05.2021].
- Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., Uchimura, N., 2020. Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 17, 2747.

- Kölbl, O., (2019): UKR, Personalentwicklung: „Ich doch nicht“, Hilfe in der Krise am Arbeitsplatz - Ein Gesprächsangebot - [Online]: [https://www.ukrjobs.de/fileadmin/user\\_upload/1.2.\\_UKR/1.2.6.\\_Benefits/PDF/Flyer-Ich-doch-nicht\\_062019.pdf](https://www.ukrjobs.de/fileadmin/user_upload/1.2._UKR/1.2.6._Benefits/PDF/Flyer-Ich-doch-nicht_062019.pdf) [abgerufen am 25.06.2021].
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., Sobolewski, M., 2020. The Effect of Subjective Perception of Work in Relation to Occupational and Demographic Factors on the Mental Health of Polish Nurses. *Front. Psychiatry* 11, 591957.
- Lasogga, F., Gasch, B. (Eds.), 2011. *Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis; mit 18 Tabellen*, 2., überarb. Aufl. ed. Springer, Berlin Heidelberg.
- Maercker, A. (Ed.), 2019. *Traumafolgestörungen*, 5. Auflage. ed. Springer, Berlin [Heidelberg].
- Mayring, P., 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12., überarb. Aufl. ed. Beltz, Weinheim Basel.
- Mason, V.M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., Griffin, M., 2014. Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses: A Pilot Study. *Dimens. Crit. Care Nurs.* 33, 215–225.
- Michelle Rowe, M., Sherlock, H., 2005. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J. Nurs. Manag.* 13, 242–248.
- Mügge, T., (2021): Uniklinik Köln, Gut beraten in allen Lebenslagen [Online]: <https://www.uk-koeln.de/de/karriere/attractiver-arbeitgeber/vorteile/interne-beratungsangebote/> [abgerufen am 25.06.2021].
- Mushtaq, M., Sultana, S., Imtiaz, I., 2015. The Trauma of Sexual Harassment and its Mental Health Consequences Among Nurses. *J. Coll. Physicians Surg.-Pak. JCPSP* 25, 675–679.
- Nwozichi, C., Guino-o, T., Madu, A., Hormazabal-Salgado, R., Jimoh, M., Arungwa, O., 2020. The Troubled Nurse: A Qualitative Study of Psychoemotional Effects of Cancer Care on Nurses in A Nigerian Cancer Care Setting. *Asia-Pac. J. Oncol. Nurs.* 7, 328.
- Raack, S., (o.J.): Universitätsklinikum Jena, Psychologische Mitarbeiterberatung für Mitarbeiter des UKJ [Online]: <https://www.uniklinikum->

[jena.de/betriebsarzt/Psychologische+Mitarbeiterberatung.html](http://jena.de/betriebsarzt/Psychologische+Mitarbeiterberatung.html) [abgerufen am 25.06.2021].

Rädiker, S., Kuchartz, U., 2019. Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video, Lehrbuch. Springer VS, Wiesbaden.

Ratrouf, H.F., Hamdan-Mansour, A.M., 2020. Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *Int. J. Nurs. Pract.* 26.

Raumann, S., (2021): UKSH: Service Stern Nord, Betriebliche Sozialberatung, [Online]: <https://www.uksh.de/servicesternnord/Betriebliches+Gesundheitsmanagement/Betriebliche+Sozialberatung.html> [abgerufen am 25.06.2021].

Ritschl, V., Weigl, R., Stamm, T.A. (Eds.), 2016. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis, Studium Pflege, Therapie, Gesundheit. Springer, Berlin Heidelberg.

Sendera, A., Sendera, M., 2013. Trauma und Burnout in helfenden Berufen: Erkennen, Vorbeugen, Behandeln - Methoden, Strategien und Skills. Springer, Wien.

Strehl-Dohmen, S., (o.J.): Verband der Deutschen Universitätsklinika (VUD e.V.), Die deutschen Universitätsklinika [Online]: <https://www.uniklinika.de/die-deutschen-universitaetsklinika/> [abgerufen am 05.05.2021].

UKGM., (2018): Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Trauma Ambulanz [Online]: [https://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/ugi\\_pso/19304.html](https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_pso/19304.html) [abgerufen am 25.06.2021].

Warren, S. und Bardick, E., (2021): Universitätsmedizin Essen, Mitarbeiter Service Büro Jahresbericht 2020 [Online]: [https://www.uk-essen.de/fileadmin/Mitarbeiterservice/MSB\\_Jahresbericht\\_2020\\_finalEB.pdf](https://www.uk-essen.de/fileadmin/Mitarbeiterservice/MSB_Jahresbericht_2020_finalEB.pdf) [abgerufen am 25.06.2021].

Waschow, B., (o.J.): Wir überwinden Grenzen, Psychosoziale Beratung und Konfliktklärung für Beschäftigte [Online]: <https://www.uniklinik-freiburg.de/psychosoziale-beratung-und-konfliktklaerung.html> [abgerufen am 25.06.2021].

- Wittig-Goetz, U., (2015): Hans-Böckler-Stiftung, Die Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb [Online]: [https://www.boeckler.de/pdf/mbf\\_pb\\_as\\_einfuehrung.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/mbf_pb_as_einfuehrung.pdf) [abgerufen am 04.06.2021].
- Zafar, W., Siddiqui, E., Ejaz, K., Shehzad, M.U., Khan, U.R., Jamali, S., Razzak, J.A., 2013. Health Care Personnel and Workplace Violence in the Emergency Departments of a Volatile Metropolis: Results from Karachi, Pakistan. *J. Emerg. Med.* 45, 761–772.
- Zhang, J., Zheng, J., Cai, Y., Zheng, K., Liu, X., 2021. Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *J. Clin. Nurs.* 30, 28–43.

## **8. Anhänge**

Anhang 1: Tabellen und Flowchart der systematischen Literaturrecherche .....	I
Anhang 2: Übersicht der Studien .....	III
Anhang 3: Liste der Universitätskliniken.....	VI
Anhang 4: Einladungsschreiben zum Interview per E-Mail.....	VII
Anhang 5: Informationsschreiben an die Universitätskliniken.....	VIII
Anhang 6: Einverständniserklärungsschreiben .....	IX
Anhang 7: Fragebogen zu Unterstützungsangeboten .....	X
Anhang 8: Transkription der Interviews und schriftliche Befragung .....	XI

## Anhang 1: Tabellen und Flowchart der systematischen Literaturrecherche

*Tabelle 4: PIO-Schema (Eigene Darstellung, 2021)*

<b>PIKO</b>	<b>Deutsche Begriffe</b>	<b>Englische Begriffe</b>
<b>Population</b>	Pflegekräfte mit traumatischen Erlebnissen oder Traumata  Psychische Gesundheit	nurses traumatic experiences trauma  mental health
<b>Intervention</b>	(Unterstützungsangebote im Krankenhaus)	(support/Help hospital)
<b>Outcome</b>	Auswirkungen, Folgen, Häufigkeit, Arten von traumatischen Erlebnissen im Krankenhaus	effect, consequences, frequency, types of traumatic experiences in hospitals

*Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien (Eigene Darstellung, 2021)*

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene Pflegefachkräfte</li> <li>• Alle Studiendesigns</li> <li>• Primär und Sekundär traumatischer Stress</li> <li>• Weltweit</li> <li>• Psychische und physische Gewalt, Sexuelle Belästigung, Mobbing, aggressive Übergriffe</li> <li>• Alle Stationen eines Krankenhauses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19</li> <li>• Settings außerhalb des Krankenhauses</li> <li>• Krieg oder Naturkatastrophen</li> </ul>

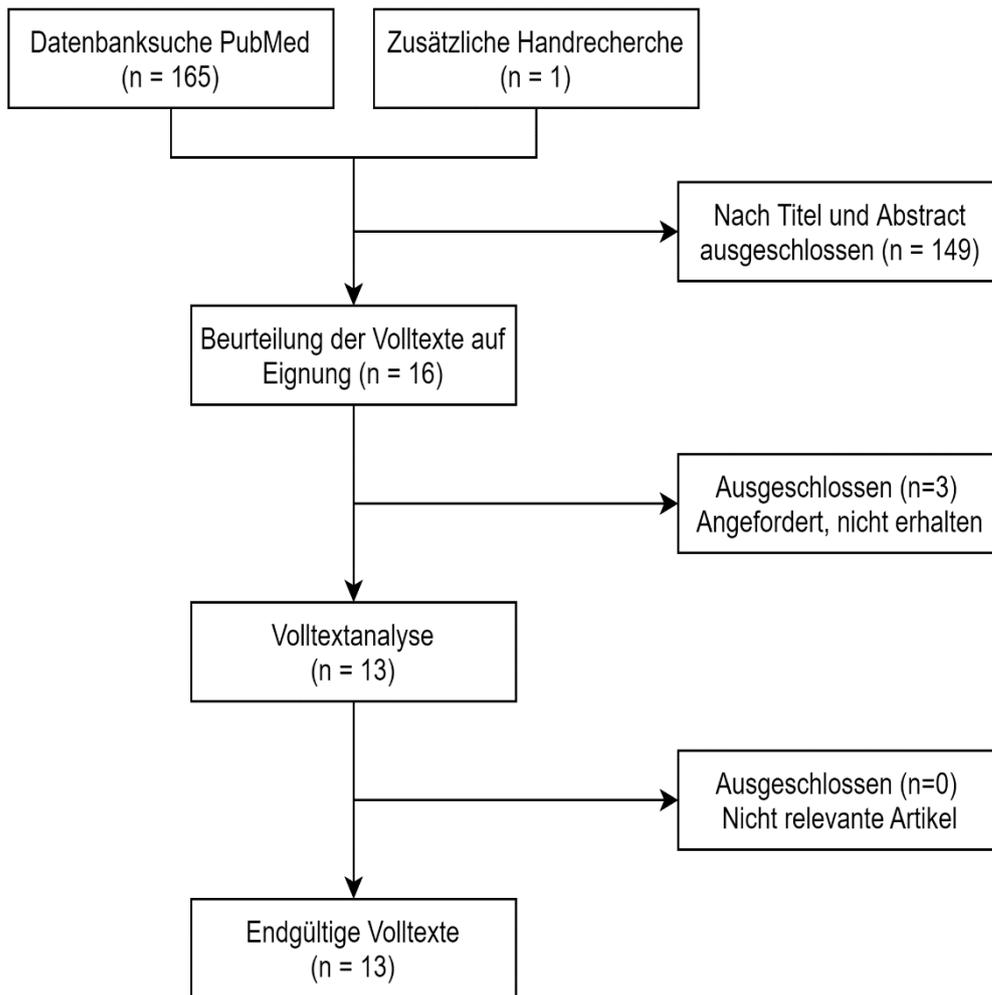


Abbildung 5: Flowchart (Eigene Darstellung, 2021)

## Anhang 2: Übersicht der Studien

Tabelle 6: Übersicht der Studien (Eigene Darstellung, 2021)

Autoren und Autorinnen	Titel	Jahr	Design	Probanden	Intervention	Land
Kerr et al.	Health Care Workers' Experiences of Aggression	2017	Retrospektives Querschnittsdesign.	50 Teilnehmende, davon 37 Pflegefachkräfte und 13 weiteres Gesundheitspersonal auf einer neurowissenschaftlichen Station.	Fragebogen zur Selbstauskunft zur Ermittlung der Prävalenz von Patientengressionen.	Brisbane
Nwozichi et al.	The Troubled Nurse: A Qualitative Study of Psychoemotional Effekts of Cancer Care on Nurses in a Nigerian Cancer Care Setting	2020	Ein qualitativer, deskriptiver Ansatz.	Sieben Pflegekräfte einer onkologischen Station.	Einzelinterviews nach COREQ-Checkliste zur Ermittlung der psychologischen Auswirkungen durch die Pflege von an Krebs erkrankten Patienten und Patientinnen.	Nigeria
Franz et al.	Aggression and violence against health careworkers in Germany	2010	Querschnittlich retrospektive Befragung der letzten zwölf Monate.	123 Mitarbeitende aus Seniorenheimen, psychiatrischen Kliniken und Werkstätten mit Menschen mit Behinderungen.	Schriftliche Befragung nach Ableitung des SOAS-R. 20 Fragen aus drei Themenblöcke zur Ermittlung von Häufigkeit, Art und Schwere von Gewalt.	Deutschland
Chatziioannidis et al.	Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit Environment	2018	Selbstverwaltete Fragebogenumfrage.	398 Teilnehmende der Gesundheitsberufe aus 20 neonatologischen Intensivstationen in 17 Krankenhäusern.	Fragebogen umfasste: Demografische Daten, Verhaltensskala (NAQ-R), Mobbingfragen, Unterstützungsfragen und den GHQ-12 zur psychischen Belastung.	Griechenland

Mason et al.	Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses	2014	Pilotstudie: Nicht experimentelles deskriptives, korrelatives Design.	26 Pflegefachkräfte, die auf chirurgischen Intensivstationen arbeiten.	Umfrage durch Onlinefragebogen mit sechs offenen Fragen versendet an die E-Mail zur Untersuchung von moralischem Stress.	USA
Kowalczyk et al.	The Effekt of Subjektive Perception of Work in Relation to Occupational and Demographic Factors on the Mental Health of Polish Nurses	2020	Querschnittstudie.	558 Krankenschwestern, aus verschiedenen Krankenhäusern in Polen.	Schriftlicher Fragebogen zur subjektiven Arbeitsbewertung (SWEQ) und den GHQ-28-Fragebogen von Goldberg zur subjektiven Arbeitsbewertung.	Polen
Kobayashi et al.	Workplace Violence and its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan	2020	Fragenbogenbasierte Querschnittstudie.	599 Krankenschwester und Assistenzkrankenschwestern von psychiatrischen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser.	Schriftliche Fragebogenumfrage zur Untersuchung von Gewalt und psychischen Folgen.	Japan
Ratrou und Hamdan-Mansour	Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences	2020	Deskriptives Korrelationsdesign.	202 Pflegefachkräfte in acht Notaufnahmen.	Schriftliche Selbstberichtsfragebögen zur Ermittlung der Prävalenz, Prädiktoren und Folgen von Gewalt.	Jordanien
Michelle Rowe und Sherlock	Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?	2005	Querschnittstudie.	213 Pflegefachkräfte in einem Lehrkrankenhaus.	Umfragebogen nach Cox's um die Art und Häufigkeit von Beschimpfungen unter Pflegefachkräften zu untersuchen.	USA
Zhang et al.	Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review	2020	Qualitatives, Systematisches Review.	Zehn veröffentlichte Studien in acht Ländern.	Systematische Suche in vier Datenbanken, um die erlebten Erfahrungen von Gewalt am Arbeitsplatz und den	Mehrere Länder

					Unterstützungsbedarf zu ermitteln.	
Zafar et al.	Health Care Personell and Workplace Violence in the Emergency Departments of a Volatile Metropolis: Results from Karachi, Pakistan	2013	Qualitative Studie.	266 Pflegefachkräfte und Ärzte der Notaufnahme in vier Krankenhäusern.	Schriftlicher Papierfragebogen der WHO, um die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu untersuchen.	Pakistan
Mushtaq et al.	The Trauma of Sexual Harassment and its Mental Health Consequences Among Nurses	2015	Deskriptive Querschnittsstudie.	200 Pflegefachkräfte in verschiedenen Krankenhäusern.	Fragebogen zur sexuellen Belästigung durch SHEQ und DASS zur Bestimmung der Prävalenz von sexueller Belästigung.	Pakistan
Adams et al.	Perceptions on the sexual harassment of female nurses in a state hospital in Sri Lanka: a qualitative study	2019	Qualitative Studie.	Insgesamt 33 Pflegefachkräfte aus einem Krankenhaus.	Individuelle Tiefeninterviews zur Untersuchung der Wahrnehmung sexueller Belästigung.	Sri Lanka

## Anhang 3: Liste der Universitätskliniken

*Tabelle 7: Liste der Universitätskliniken*

<b>Klinikum</b>
UK Schleswig-Holstein
1. Kiel
2. Lübeck
3. Universitätsmedizin Rostock
4. Universitätsmedizin Greifswald
5. UK Hamburg Eppendorf
6. Klinikum Oldenburg
7. Medizinische Hochschule Hannover
8. Charité Berlin
9. UK Münster
10. UK Magdeburg
11. UK Essen
12. UK Bergmannsheil Bochum
13. UK Düsseldorf
14. UM Göttingen
15. UK Halle
16. UK Leipzig
17. UK Aachen
18. UK Köln
19. UK Giessen
20. Marburg
21. UK Jena
22. UK Dresden
23. UK Bonn
24. UK Frankfurt am Main
25. UM Mainz
26. UK Würzburg
27. Mannheim
28. UKS Homburg
29. UK Heidelberg
30. UK Erlangen
31. UK Regensburg
32. UK Tübingen
33. UK Freiburg
34. UK Ulm
35. UK Augsburg
36. MRI München
37. LMU München

## Anhang 4: Einladungsschreiben zum Interview per E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Nicole Morawietz und ich studiere an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg "Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management". Im Rahmen des Studiums schreibe ich eine Bachelorarbeit über das Thema „**Ermittlung bestehender Unterstützungsangebote für Pflegekräfte nach traumatischen Erlebnissen an den Universitätskliniken Deutschlands**“.

Auf der Homepage der Universitätsklinik (...), habe ich Ihren Kontakt für Gesundheitsprojekte des Klinikums gefunden. Falls Sie Unterstützungsangebote für Pflegekräfte nach sehr belastenden oder traumatischen Erlebnissen anbieten, würde ich sie gerne dazu Befragen, wenn Sie sich bereiterklären und **maximal eine halbe Stunde** Zeit für mich hätten.

Im Anhang habe ich den Fragebogen eingefügt und würde eine Onlinebefragung z.B. über Zoom durchführen wollen. Falls das nicht möglich ist, wäre ich Ihnen über eine schriftliche Beantwortung des Fragebogens sehr dankbar.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Einleitung des Fragebogens.

Über eine Rückmeldung von Ihnen würde ich mich sehr freuen. Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,  
Nicole Morawietz  
IGM 6. Sem.

## Anhang 5: Informationsschreiben an die Universitätskliniken

Sehr geehrte(r) Teilnehmer\_in,

mein Name ist Nicole Morawietz und ich studiere Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management (IGM) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg.

Im Rahmen des Studiums schreibe ich eine Bachelorarbeit zu dem Thema „**Ermittlung bestehender Unterstützungsangebote für Pflegekräfte nach traumatischen Erlebnissen der Universitätskliniken Deutschlands**“.

Mein Ziel ist, den Aufbau, die Struktur und die Wirksamkeit Ihrer Unterstützungsangebote in Unternehmen zu ermitteln. **Es sind 10 offene Fragen**, die als Interviewleitfaden dienen können. Eine schriftliche Beantwortung ist auch möglich. **Dazu das Word-Dokument bearbeiten, falls es Ihnen möglich ist in PDF abspeichern und es wieder zurückschicken.**

Die von Ihnen bereitgestellten Informationen werden ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet. Die Informationen werden von mir verarbeitet und als Teil der Bachelorarbeit genutzt. Sie können zu jeder Zeit die Befragung abbrechen oder Ihre Teilnahme zurücknehmen.

**Wenn Sie es wünschen**, wird das Unternehmen genannt, ansonsten wird das Unternehmen anonymisiert und pseudonymisiert. Dies können Sie zum Schluss ankreuzen, sowie die Einverständniserklärung für die Verarbeitung der Daten unterschreiben. Gerne werde ich Ihnen die Bachelorarbeit zukommen lassen.

Es folgt nun der Fragebogen, vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Nicole Morawietz (IGM, 6. Sem.)

## Anhang 6: Einverständniserklärungsschreiben

### **Einverständniserklärung**

Teilnahme an einer Onlinebefragung oder einer schriftlichen Befragung.

Für die Aufzeichnung des Gesprächs oder der schriftlichen Antworten und der wissenschaftlichen Auswertung benötige ich Ihr Einverständnis.

Bitte markieren Sie:

# Ich bin damit einverstanden, dass meine Redebeiträge im Rahmen des Onlineinterviews aufgenommen und gespeichert werden.

# Ich bin damit einverstanden, dass meine schriftlichen Antworten ausgearbeitet und gespeichert werden.

Die Aufnahme oder schriftlichen Antworten werden durch Nicole Morawietz verarbeitet und ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet.

Ich bin informiert, dass ich zu jederzeit und ohne Angabe einer Begründung sowohl die Einverständniserklärung widerrufen als auch meine Teilnahme an dem Onlineinterview oder der schriftlichen Befragung zurücknehmen kann, ohne, dass dies Nachteile für meine Person mit sich bringen.

Der Bezug zu der befragten Person ist nur durch die Interviewerin möglich, somit kann die Teilnahme auch an einem späteren Zeitpunkt widerrufen werden. Die Daten werden nicht mehr für die Abschlussarbeit genutzt und unwiderruflich gelöscht.

Die Redebeiträge oder Fragebögen werden für einen Zeitraum von einem Monat auf meinem Laptop aufbewahrt und nach der Auswertung gemäß des Datenschutzrechtes vernichtet.

Der Name es Unternehmens darf genannt werden. Bitte markieren:

# Ja #Nein

Ich möchte die Bachelorarbeit erhalten. Bitte markieren:

# Ja # Nein

.....  
Ort, Datum Unterschrift

.....  
Name (in Blockschrift)

Mit freundlichen Grüßen,

Nicole Morawietz

## Anhang 7: Fragenbogen zu Unterstützungsangeboten

### Fragebogen

1. Was hat Sie veranlasst ein Unterstützungsangebot für Pflegefachkräfte nach belastenden Erlebnissen und/oder traumatischen Erlebnissen zu entwickeln? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
2. Seit wann gibt es das Unterstützungsangebot in Ihrem Unternehmen? **(Stichpunkt)**
3. Gibt es eine bestimmte Zielgruppe (Mitarbeitende), für die das Unterstützungsangebot entwickelt worden ist? Wenn ja, für welche? **(Stichpunkte)**
4. Welche Ressourcen werden gebraucht, um das Unterstützungsangebot anbieten zu können (Beispiele: Schulung von Mitarbeitenden, Umgestaltung der Räume, mehr Personal)? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
5. Um was für eine Art von Unterstützungsangebot handelt es sich? **(Stichpunkte)**
6. Wie ist das Unterstützungsangebot aufgebaut (Konzept)? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
7. Was sind die Inhalte des Unterstützungsangebots und welche Ziele verfolgt es? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
8. Nach welchen Vorgaben/Empfehlungen richtet sich das Unterstützungsangebot? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
9. Wurde das Unterstützungsangebot evaluiert? Wenn ja, wie wurde es evaluiert und welche Ergebnisse zeigen sich? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**
10. Was fehlt Ihnen generell und/oder in den Unterstützungsangeboten für Pflegefachkräfte, die belastende/traumatische Erlebnisse hatten? **(Bitte in vollständigen Sätzen beantworten)**

## Anhang 8: Transkription der Interviews und schriftliche Befragung

### B1\_Uniklinik\_Würzburg

1	<b>Universitätsklinikum Würzburg</b>
2	<b>Legende I: Interviewerin, B1: Befragte</b>
3	I: (Vorstellung der Interviewerin).
4	B1: (Vorstellung Befragte). (...) So war es, um da dann was aufzubauen und seit sieben Jahren haben wir eine Beratungsstelle aufgebaut für die Mitarbeitenden. Für alle Berufsgruppen die wir hier haben. Die das Universitätsklinikum hier hat/, je nachdem wie man das zählt, haben wir 6800 Mitarbeitende bis 10.000. Wenn die Auszubildenen, Praktikanten und PJ und so weiter/. Also je nachdem wie man zählt. Es gibt auch noch die Service GmbH, das sind Servicekräfte, die auf den Stationen arbeiten. Die begleiten und betreuen wir bei Fragen, die den Arbeitsplatz in irgendeiner Weise betreffen. Seit sieben Jahren ungefähr ist es eine Stabsstelle des Vorstands, wir sind direkt dem ärztlichen Direktor, Pflegedirektor und der kaufmännischen Direktion unterstellt. Wir sind in der Beratungsstelle zwei Beraterinnen und eine Assistentin. Ich bin Psychologin und Psychoonkologin und die Kollegin ist Psychologin und Therapeutin. Wir sind mit unserem Angebot, das noch vorneweg schon Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements und vertreten dort die Säule der Psychischen Gesundheit, neben dem betriebsärztlichen Dienst, der Arbeitssicherheit die sind dort auch mit drin. Die Physiotherapie ist drin, die bei uns den Betriebssport begleitet und anbietet.
5	I: Ok.
6	B1: Es gibt zwei Steuerorgane des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Universitätsklinikum in Würzburg, das ist ein Steuerkreis und Arbeitskreis. Der Arbeitskreis sind sozusagen die ausführenden, die die ich alle gerade genannt habe, die auch in Projekten arbeiten und sich regelmäßig treffen und über den aktuellen Stand, was ist grad wo los berichten und gemeinsam Projekte machen. Der Steuerkreis ist nochmal bisschen erweitert, dort ist dann der gesamte Vorstand mit drin, die Personalabteilung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Die sind auch im Arbeitskreis dabei, natürlich ganz wichtig. Familie und Beruf ist auch noch mit dabei in der Personalabteilung. Der Steuerkreis, ist ein erweiterter Kreis, der trifft sich ein bis zweimal im Jahr, da werden Budgetfragen, allgemeine Berichterstattungen, was haben wir gemacht in dem Jahr und Wünsche, des Vorstands, wenn Entscheidungen getroffen werden/. (...) In diesem Umfeld vertreten wir die psychische Gesundheit und sind auch mitberatend bei der Arbeitssicherheit. Die sind auch mit drin, die sitzen nebenan zum Thema psychische Gefährdungsmittelungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung. Gemeinsam sind wir Teil der Kriseninterventionsteams, da kommt nochmal ein anderer Personenkreis dazu. Das sind wir zu den Standardarbeitszeiten und dann gibt's nochmal einen speziellen Kreis für die Psychiatrie die 24 Stunden, sieben Tage die Woche/, weil dort ein Bereitschaftsarzt ist.
7	I: Aha.
8	B1: Also, wenn jetzt irgendwas passiert oder auch in der Corona-Zeit haben wir das genutzt, das man sagt, am Wochenende braucht jemand dringend Unterstützung, gibt es da auch nochmal diese Gesprächsangebote oder einen Konsiliardienst aus der Psychiatrie in einem

engen Austausch, der dann da guckt, brauchen die noch mehr, dann werden die an die Beratungsstelle weitergeleitet und würden da dann eine psychologische Unterstützung bekommen. Das machen wir im Austausch, was jeweils Notwendig ist.

9 I: Wie ist denn ihr Unterstützungsangebot aufgebaut?

10 B1: Unser Angebot bestehen aus 3 Säulen, das eine ist die Supervision für Behandler, ich denke das ist das was sie am meisten interessiert. Also Begleitung und Supervision in Themen wie schwierige Behandlungssituationen also nicht in dem Sinne ärztlicher Empfehlung, das nicht, sondern wenn ich im Zweifel bin, wenn ich schwierige Gespräche mit Patienten und Angehörigen habe, Umgang mit Tod und Leid, Professionelle Distanz einhalten, wenn alles zu viel wird, was ich da am Arbeitsplatz höre, also diese Dinge aber auch alles sonst was mit der Arbeit zu tun hat. Konflikte können das sein, solche Themen im Umgang, berufliche Orientierung. Das fängt an bei der Patientenversorgung, die manchmal auch Problembehaftet ist, Einfinden ins Team aber auch so Themen wie wissenschaftliche Arbeiten, wie gelingt mir das in diesem Umfeld, Vereinbarkeit, Forschung, Arbeitsalltag, Befristete Verträge was man damit auch machen kann, wenn man in Konflikte kommt. Solche Dinge. Das zweite sind Führungsthemen. Wir machen jetzt selber keine Trainings, das macht die Akademie. Wie haben eine Akademie im Haus. Aber die häufigsten Themen sind Vorbereiten von Mitarbeitergesprächen, schwierige Gespräche führen mit Mitarbeiter, Suchtfragen im Krankenhaus, ist ja auch ganz speziell, nicht nur Alkohol sondern auch Umgang mit Medikamenten. Das da manchmal problematische Situationen auftreten, aber auch Burnout-Prophylaxe, Fürsorge für Mitarbeitende, was kann ich für mein Team tun. Die eigene Rolle so ein bisschen finden, ich war vorher in der Pflege wo sie ja auch herkommen und das ist so ein Standardthema. Aus dem Team heraus Stationsleitung werden. Im ärztlichen Bereich ist es auch so, was sind meine Aufgaben, wenn ich plötzlich Personaloberarzt bin. Teamleitung zu sein, in diese Rolle reinfinden das sind so Themen, wo man akut Supervisionen gibt, und das machen manche bei Bedarf, weil irgendwas vorfällt, aber ich habe auch so 10 Teams, die auch regelmäßig kommen so zweimal im Jahr oder viermal im Jahr je nachdem wie die Bereichsleitung denkt und in meinem Bürodachkommen, um sich zu reflektieren, auch im Rahmen einer Supervision. Führungssupervision nennen wir das. Die dritte Säule ist einfach die Frage der psychischen Gesundheit, also immer dann, wenn es Themen gibt, dass jemand in ein Burnout reinrutscht, ist natürlich eng verwoben mit der ersten Säule. Oder es kommt jemand mit einer Depression, also nach einer Behandlung zurück und sagt: „Jetzt weiß ich auch nicht so genau muss ich das sagen? Wie geht es weiter?“ Oder die Suchtproblematik, die gehört da auch mit rein. Die Kollegin hat im Schwerpunkt Sucht-Prävention. Was sehr langfristige Fälle sind. Also, im positivsten Sinne sind wir froh, wenn die Leute mit Abhängigkeitsproblemen langfristig und engmaschig auch hier sind. Alle diese Themen aber auch Leute, die selbst von einer schweren oder chronischen Erkrankung betroffen sind, das kann Krebs sein, mit der Erkrankung zu Leben und zu Arbeiten ist nicht ohne und sehr speziell, wenn man selber kranke Patienten versorgt, auch da begleiten wir bei der Wiedereingliederung und unterstützen im BEM-Verfahren. Wir haben eine eigene BEM-Beauftragte, die das Case Management macht und wir werden manchmal genutzt, verordnet, um zu begleiten, wenn Unsicherheiten da sind. Genau. Mal so viel.

11 I: (Lacht) Also da sind wir eigentlich schon mittendrin im Thema.

12 B1: Ich schicke Ihnen auch gerne noch einen Flyer dazu, wir haben einen Flyer, wo da alles nochmal aufgelistet ist. Ich wollte auch mal hören was sie so interessiert für die Arbeit. Wir haben ein Suchtpräventionskonzept was ich ihnen schicken kann und dann gibt's zu den einzelnen Angeboten also was die Mitarbeiterführung angeht aber auch den allgemeinen Flyer, Essstörungen gehört auch noch zu den Suchtfragen. Also das ist auch immer mal wieder was. Das schicke ich Ihnen gerne zu. Dann können sie das gerne nochmal zusammentragen.

- 13 I: Ja sehr schön, vielen Dank. Also bei mir geht es in Richtung sehr belastende und traumatische Erlebnisse im Pflegealltag. Also ich habe mir das so vorgestellt und auch durch meine eigene Erfahrung. Beispielsweise wenn eine Reanimation verunglückt ist oder nicht geklappt hat und die Person verstorben ist oder auch ein plötzlicher Tod oder aggressive Übergriffe von Patienten, Gewalt am Arbeitsplatz. Gibt es auch speziell diese Themen, die sie dann anbieten? Das ist wahrscheinlich in der ersten Säule, die sie anbieten.
- 14 B1: Das würde in die erste Säule kommen und wir haben einen engen Austausch der Stationsleitungen der Stationen auch mit den jeweiligen Ärzten dazu, die da prädestiniert sind würde ich mal sagen. Das ist die Notaufnahme, die zentrale Notaufnahme, da findet das statt was sie gesagt haben. Übergriffe, Gewalt, Betrunkene am Wochenende. Das ist das eine, das andere aber auch eben tragische Fälle, manchmal schwere Unfälle, Gewalttaten solche Sachen, die dort einlaufen. Die Anästhesie, Intensivstation, chirurgische Intensivstation, da sind manchmal sehr belastende Unfälle, Themen mit Kindern ist häufig sehr belastend, aber man weiß es auch nicht immer. Manchmal trifft jemand aufeinander, die völlig beim Behandler etwas auslösen, was man selber schon erlebt hat. In der Corona-Zeit war das jetzt ganz massiv, vor allem in der Welle letzten Jahres, deutlich mehr junge Menschen, mit viel schwereren Krankheitsverläufen, die schneller verstorben sind. Da waren wir arg nachgefragt und dann waren da viele unserer psychiatrischen Kliniken, gibt's ein paar Abteilungen wo es häufiger vorkommt, dass es Patientenübergriffe gibt. Da ist es so, dass wir im regelmäßigen Austausch sind und die Leitung, also das ist jetzt keine Dienstanweisung aber wir in der Pflege ein Verfahren entwickelt haben. Wenn es zu einem Übergriff kommt oder zu einem Ereignis der Art wie sie es genannt haben oder das ist der dritte Fall die Stationsleitung das Gefühl hat oder auch der Oberarzt das Gefühl hat, einer der Mitarbeitenden knabbert oder hat einen besonders schweren Dienst aus welchen Gründen auch immer, dann schreiben die an uns eine Mail mit dem Mitarbeitenden im CC: „Lieber Herr, Liebe Frau XY, wir haben darüber gesprochen, du warst da im Dienst, wo diese schwere Situation eingetreten ist, wir haben sehr gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle gemacht, ich möchte dir einen Besuch dazu (reflektieren?), das ist dir wärmstens ans Herz zu legen, um eine Traumatisierung zu vermeiden und ich wünsche mir, dass du einen Termin wahrnimmst.“ Dann kriegen wir diese Mail, der Mitarbeitende im CC auch. Dann gehen wir auf den Mitarbeitenden zu und bieten einen Termin an oder treten in Kontakt. Den kann der Mitarbeitende auch ablehnen und das ist auch nicht dramatisch, da passiert auch nichts Negatives. Wichtig ist, dass der Kontakt hergestellt ist und wir mal kurz telefonieren, und man kann kurzfristig nächste Woche einen Termin bekommen. Wenn es gewollt ist. Wenn der Mitarbeiter sagt ich bin fit und stabil, da ist alles ok bei mir, dann ist auch alles in Ordnung. Sprechen wenn es möglich ist, ein bisschen darüber, worauf man achten soll, falls doch noch etwas eintritt. Schlafstörungen, wenn die Bilder nicht weggehen, wenn so was ist, da klären wir auf. Wenn der Mitarbeitende sagt: „Alles klar habe ich gehört“, dann lassen wir ihn in Frieden oder er kommt. (...) Wenn er kommt, dann darf man das zunächst als Auftragsklärung in der Arbeitszeit machen und dann würde man besprechen ist das nach einem Termin in Ordnung oder macht man mehrere Termine oder organisieren wir und unterstützen dabei auch extern in eine Therapie zu kommen. Da ist es ganz wichtig, dass wir auch an die Arbeitssicherheit übermitteln, denn wenn etwas passiert ist, wo man nicht mit vier, fünf Terminen, die wir übernehmen können, rumkommt, dann unterstützen wir, dass wir einen Arbeitsunfall melden, weil die Landesunfallkasse die weitere Betreuung auch übernimmt, auch in diesem psychischen Bereich. Also wenn da jetzt ein Übergriff von einem Patienten ist und der Mitarbeitende traumatisiert ist, dann übernehmen die die Therapie. Die Landesunfallkasse unterstützen auch und haben Therapeuten, wo man einen Termin bekommen kann. Sollte dann irgendetwas passieren, das man nicht mehr in dem Beruf arbeiten kann, dann sind die in diesem Arbeitsunfallgeschehen mit drin. Die Landesunfallkasse hat noch besondere Maßnahmen. Also so ist der Ablauf bei uns.
- 15 I: Und passiert das häufig. Wissen sie ad hoc wie häufig, dass passiert?

16 B1: Was ist häufig?

17 I: Ja, genau das ist nämlich eine gute Frage. Sagen wir mal so, wird es gebraucht?

18 B1: Ja, Ja! Das wird gebraucht und genutzt. Da ist auch bisschen ein Kulturwandel. Wenn sie bestimmte Berufsgruppen fragen, dann sagen sie ich bin ja professionell und ich brauche nicht für jedes Ding eine Supervision. Wenn wir auf die Leute zugehen und sagen wir bieten Unterstützung an und man wird dafür auch nicht direkt krankgeschrieben, dann hören sie es sich an und dann nehmen es auch deutlich mehr Leute auch aus dem ärztlichen Bereich an. Ich sage mal es kommt so drauf an was so los ist. Also wenn jetzt eine Gewalttat oder Corona oder so was ist, also das sind ja spezielle Situationen, die alle Menschen irgendwie mitnehmen, dann kommt es einmal im Monat vielleicht vor, dass wir dann eine Meldung bekommen und davon arbeiten wir kurz mit jedem Mal, weil wir auf die zugehen, aber wir gehen auf die zu. Also früher war das so, dass die Mitarbeitenden eher selten gekommen sind, weil da auch die Idee eine andere war. Die aus dem ärztlichen Bereich haben eh noch mal mehr als die Pflege die Vorstellung, man muss alles tragen und man muss das auch alles schaffen. Und grad auch davon wollen wir ja weg, denn wir wissen für eine Qualitätssicherung und für einen guten Abstand zum Beruf, ist das eine gute und wichtige Sache. Auch wenn es nur ein kurzer Kontakt ist, damit sie wissen wo kann ich hinkommen. Also deshalb ist es schwierig dort mit Zahlen zu arbeiten. Auch mit der Sorge, wenn ich da im Jahresbericht angebe, da sind im Jahr 10 traumatisierte, dann denkt man sich ja um Gottes Willen, was ist denn hier los. Natürlich sind sie nicht traumatisiert, denn wir wollen ja nicht, dass sie es werden. Im letzten Jahr also im Jahr 2020 waren zwei Personen, die bei uns vorstellig waren, die dann in das Verfahren der Landesunfallkasse gekommen sind von 6800 Mitarbeitenden. Das finde ich erfreulich wenig, es waren mehr die bei uns vorstellig waren, die mit uns gearbeitet haben, die nicht in dieses Verfahren gekommen sind. Das waren circa (...) 10 oder 12 mit denen wir gearbeitet haben, aber die waren jetzt nicht traumatisiert. Die hatten einen Bedarf, das zu verarbeiten und das war unterschiedlichster Natur, eigentlich alles was sie so genannt haben war so dabei. Das jemand so was erlebt hat und irgendwie gemerkt hat, dass was ich gemacht habe, um das zu verarbeiten war vielleicht nicht so glücklich, denn ich habe Tabletten genommen, damit ich schlafen kann und dann habe ich gemerkt, vielleicht ist das nicht so gut, da mach ich lieber noch was anderes stattdessen. Oder jemand hat gesagt ich kann ich schlafen, da haben wir ein Schlaftraining gemacht. Also so Sachen und dann war es auch wieder gut. Oder in der Corona-Zeit kamen einige, um Abstand zu gewinnen einfach/, dann war da die Nachfrage ein wenig größer, wie bekomme ich wieder Abstand zu dem. Da war jetzt aber niemand dabei in einer akuten Traumatisierung, also soweit wir das Wissen. Da gibt es natürlich eine Dunkelziffer von Leuten, die nicht in die Beratungsstelle kommen. In das Kriseninterventionsteam kommt auch der ein oder andere an einem Wochenende, also der ärztliche Zweig über die Psychiatrie, die sind dort auch vertreten und noch da. Wenn mal eine Brücke eingestürzt ist oder ein Großschadensereignis, mal eine Gewalttat. Also Würzburg war ab und an mal in der Presse auch, die dann in so einem Großkrankenhaus in so Teilen auch untergebraucht werden, das ist dann auch eine andere Situation, weil in so einem Fall werden wir akut zu geholt und da ist unser Bemühen in aller erster Linie unsere psychiatrischen Fachkräfte vor Ort und dann übernehmen wir auch im weiteren Verlauf. Da sind wir ohnehin mit dabei und im Nachgang ist dann der eine oder andere mit dabei der auch eine längere Zeit zu knabbern hat. Aber so im Normalfall sind es wenige die so wirklich in eine Traumatisierung reinkommen und wir geben alles das es auch so bleibt. Es soll klar sein, dass es eine Anlaufstelle gibt und wir sind auch gut vernetzt im Würzburger Beratungsumfeld, dass wenn jetzt einer sagt: „Ja Leute, hier am Arbeitsplatz möchte ich euch das nicht erzählen, aber ich hätte vielleicht Bedarf“, dann bekommt man auch Unterstützung, wo man sonst noch hingehen kann. Also genau das was sie sagen ist unser Ziel, das es nicht passiert und da abreiten wir dran. Ich habe vor sieben Jahren allein angefangen und vor vier Jahren wurde das alles ausgebaut. Das kam ja auch in den letzten Jahren mit dem Präventionsschutzgesetz, das Aufnehmen der psychischen Belastung in das Arbeitsschutzgesetz in 2012 oder 2013. In diesem Rahmen hat am Universitätsklinikum Würzburg,

das war noch vor meiner Zeit/, hat man sich Gedanken gemacht, wie können wir das gestalten und nach vielen Überlegungen, holen wir eine externe Beraterfirma dazu oder wie machen wir das. Da hat man sich hier entschlossen, Ressourcen zu schaffen, dass wir hier vor Ort sind und vom Arbeitgeber bezahlt werden mit zweimal eine Stelle von 75 % plus eine Assistentin mit 50 %. Also ich werde hier von Arbeitgeber bezahlt und muss nicht Krankenkassenmäßig abrechnen.

19 I: Ah, sehr gut. Ok. Wow, das waren sehr viele Informationen. Im Endeffekt haben sie schon den Aufbau erklärt, die Struktur, die Inhalte.

20 B1: Ja, ich habe die Fragen hier vor mir. (Lachen)

21 I: Ah! Perfekt (Lacht). Ich auch und dann dachte ich mir jetzt was fehlt hier noch. Sie haben auch erzählt, wie es entstanden ist, was es veranlasst hat es auszubauen und es zu machen. Seit wann es das gibt, haben sie auch erzählt, die Zielgruppe haben sie auch schon erwähnt. Es ist für das ganze Krankenhaus, aber Notfallaufnahme und Intensiv sind schon explizit angesprochen.

22 B1: Während der Rest der Berufsgruppen von selbst zu uns kommen, sind die Bereiche, die sie interessieren, da gehen wir auf die aktiv zu. Das Thema der Traumatisierung ist gerade was, wo man im ersten Moment vielleicht denkt, also ne ich will jetzt nicht Schwäche zeigen, das muss ich doch können oder wieso macht mir jetzt diese OP was aus oder das ich da einen Fehler gemacht habe oder so was muss ich doch schaffen und damit man diese Last nimmt, ja das ist gut, dass man es kann, aber es gibt ja auch eine Begleitung.

23 I: Und abreiten sie da auch präventiv? Also werden bei ihnen auch Schulungen angeboten, die auf solche Situationen vorbereitet werden.

24 B1: Ja. Jain. Also wir arbeiten eng mit der Akademie des Hauses zusammen, da gibt es ganz viele Schulungen, die dort gemacht werden, nicht von uns explizit, sondern von anderen Trainern. Deeskalationstraining und solche Sachen. Wir sind im Stationsleitungskurs mit ein paar Unterrichtseinheiten zum Thema Suchtprävention, Burnout-Prävention und ein offenes Training, die gleichen Themen für Führungskräfte und dann sind wir immer wieder in Projekten mit dabei. Aktuell machen wir ein kleines Curriculum, weil wir ausprobieren wollen für die Intensivstationen, dass man Anästhesisten und neues Anästhesiepflegepersonal darauf vorbereitet, was dort passiert, wenn man dort hinkommt und dort einen kleinen Workshop macht. Umgang mit Tod und Leid und schwierige Gespräche führen. Das Probieren wird grad aus und fragen uns, kann man Personal darauf vorbereiten und das gilt für Einsteiger in diesem Fachgebiet.

25 I: Ok.

26 B1: Und ab und an ist es so, dass wir angefragt werden, auch von der Notfallaufnahme so was wie schwierige Gespräche führen. Das kann bei uns passieren, das kann aber auch manchmal je nach Ressourcen auch in der Akademie angefragt werden. In der Regel ist es so, wenn wir nicht direkt betroffen sind, wie z.B. diese Suchtfragen, die machen wir in der Regel eigentlich immer, weil wir wissen, wie die Dienstvereinbarung hier im Haus ist. Alle anderen Themen werden gerne von der Akademie abgedeckt, weil wir mit unseren Ressourcen meistens beschäftigt sind, Einzelberatungen anzubieten. Das ist unser Hauptgeschäft. Zweidrittel unserer Zeit kümmern wir uns in Einzelberatung oder Supervisionen oder einer Leitungsteamsupervision. Da kann es auch schon mal sein, dass wir das Thema auch präventiv haben. Was ist denn, wenn jemand hier bei mir zusammenbricht. Was muss ich denn da machen? Wo kauf

ich denn diese Schulung ein, also wo bekomme ich da jemanden her. Im restlichen Drittel arbeiten wir in Arbeitskreisen im Gesundheitsmanagement oder in Projekten, Vergeben auch mal Masterarbeiten. Da war auch eine Masterarbeit dabei, da haben wir einen Preis bekommen für ein Achtsamkeitstraining. Das war ein internetbasiertes Training mit Zugang zur Beratungsstelle. Im Schichtbetrieb ist es häufig so schwierig, an regelmäßigen Terminen teilzunehmen und dann haben wir so ein Hybrid entwickelt. Das man einen persönlichen Bezug zur Beratungsstelle hat, das eigentliche Training über das Internet macht. Solche Sachen machen/, also Projekte und wir haben auch ein Projekt zum Abnehmen begleitet (...).

27 I: Okay, super.

28 B1: Regelmäßige Jour fixe beim Vorstand, da heißt es wir müssen was für die Chirurgen machen. Vernetzung der Beratungsstellen und Netzwerken hier in Würzburg und Umgebung bei DAS (Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen). Damit wir uns weiterbilden und um präsent zu sein. Aktionstage. Dies ist wichtig, damit wir auch bekannt sind und damit die Mitarbeitenden wissen, da gibt es uns. Wenn was ist, dann läuft es so und so. Wenn wir aktiv auf die Leute zugehen und ein Beratungsgespräch anbieten, dann ist es in dem Fall explizit ein Beratungsangebot aber auch präventiv.

29 I: Klar, auf jeden Fall. Sind die Räumlichkeiten dafür gegeben?

30 B1: Ja. Wir haben wunderbare Räumlichkeiten und das darf man gar niemanden so laut sagen, denn Räume sind Gold am Klinikum. Es gab eine Hausmeisterwohnung, diese ist sehr zentral auf dem Klinikum Campus. (Zeigt die Räumlichkeiten: Beratungsplatz 2 Stühle und ein Tisch). Es ist möglich sich auch mit mehreren Personen in den Räumlichkeiten aufzuhalten. Es kann geschützt gearbeitet werden. Mehrere Jahre würde ich von hier nach da verschoben und hatte lange Zeit sehr, sehr ungünstige Räumlichkeiten. Fußläufig kann ich die meisten Kliniken erreichen und das ist wirklich toll und ich bin da auch sehr, sehr dankbar und sehe, wie wichtig das auch für unsere Arbeit ist.

31 I: Ja, sehr gut. Ok, zum Schluss noch die Frage wie das evaluiert wird? Gibt's da Evaluationsergebnisse.

32 B1: Ja. Zwei verschiedene Dinge gibt es. Alles was wir in Schulungen und Lehre machen wird automatisch in der Akademie mit einem Umfragebogen/. Also wenn du jetzt im Stationsleitungskurs bist, wird gefragt zum Beispiel ist das jetzt praxistauglich etc. Da gibt es so ein Standardverfahren. Das was wir an der Beratungsstelle selbst leisten wird im Sinne evaluiert, dass es einmal im Jahr einen Bericht der Beratungsstelle an den Vorstand zunächst mal gibt. In diesem Bericht findet man anonymisiert, die Anzahl der Beratungsgespräche, die wir geführt haben. Das wird zugeordnet zu Berufsgruppen, also welche Berufsgruppen kamen, Alter und Geschlecht. Wir wissen auch welche Kliniken dabei waren aber das geben wir nicht weiter, da es sonst zu annehmbar ist. Wir geben nur an wie viele Kliniken und wie viele Institute waren mit dabei, wie viele persönliche Beratungsgespräche waren es. Solche Dinge und wie vernetzt waren wir mit anderen, weil im Rahmen mit einer Beratung kann es sein, dass wir die Personalabteilung brauchen, den Vorgesetzten, den Personalrat, die BEM-Beauftragte, also das kann man nachvollziehen wie wir vernetzt gearbeitet haben und ganz wichtig die Themen sehr allgemein gefasst, dass man nicht zurückschließen kann, wer das war. sodass man keine Auffälligkeiten sehen kann. Wir sind in diesem Jahr dran, auch weil das Digitale mehr zugenommen hat, eine Evaluation zu etablieren. Der Klient, der zu uns kommt, fragen wir, ob wir ihm einen anonymen Link zuschicken können, dass wir im Nachgang nochmal nachfragen können: „Wie zufrieden waren sie mit der Beratung?“ Das bauen wir aber grade erst auf. Das findet noch nicht statt, aber das würden wir gerne angelehnt machen und auch noch abfragen: „War das

jetzt das richtige oder hätte ich mir das lieber extern gewünscht? Was fehlt mir noch? Wie schnell bekam ich einen Termin?“

33 I: Okay.

34 B1: (...) Das ist in Planung. Etabliert ist der Jahresbericht, also die Statistik darüber wie viele Leute das in Anspruch nehmen. Ob es erfolgreich war, ist bei unserer Arbeit schwer messbar. Man könnte ja sagen, wenn jemand das Team verlässt, dann war es kein Erfolg, aber was ist Erfolg? Deshalb sind wir jetzt auf die Idee gekommen auch nachzufragen wie zufrieden war der Klient.

35 I: Ja, sehr schön. Dann kommen wir auch schon zur letzten Frage. Fehlt ihnen etwas? Denken sie das muss noch weiter ausgebaut werden? Muss es niederschwelliger sein? Gibt es da Verbesserungspotential bei ihrem Angebot jetzt speziell?

36 B1: Es gibt natürlich immer Bedarfe in irgendeiner Form, aber wenn ich sehe, wie es sich entwickelt hat im Laufe der Jahre muss ich jetzt für uns sagen/, wir sind ja in so einem Netzwerk der Bundesweiten Beratenden und da sind wir in einer sehr luxuriösen Position. Der Vorstand unterstützt uns und auch unsere Arbeit wird zunehmend geschätzt und Corona hat auch dazu beigetragen, wie unsere Arbeit gesehen wird. Während wir gestartet haben, war es oftmals auch so: „Wir müssen uns jetzt nicht bekannt machen, dass wir eine Beratungsstelle haben, am Einführungstag müssen wir die Leute nicht gleich vorstellen sonst denken die neuen Mitarbeitenden wir haben ein Problem“. Jetzt ist es so, dass wir auch stolz sind, dass wir so etwas haben und da freu ich mich total drüber. Ich sehe den Bedarf eher in der inhaltlichen Natur evtl. bei Weiterbildungen. Wir sind gut ausgestattet, es ist aber auch so, dass wir manchmal an unsere Beratungskapazitätsgrenzen kommen, mit eineinhalb Stellen, die wir haben an Beraterkapazität, das ist nicht ewig viel, aber es ist so, dass wir gut bedienen können und im Vergleich zu anderen Kliniken auf jeden Fall was womit man zufrieden sein kann. Auch unsere Räumlichkeiten. Ich finde die Möglichkeiten, die wir hier haben toll und es ist auch an uns etwas Gutes daraus zu machen. Dabei fühle ich mich sehr gut unterstützt.

37 I: Sehr gut. Es geht um Unterstützungsangebote und sie unterstützen, aber sie fühlen sich von der Klinik auch unterstützt (Lachen).

38 B1: (Lachen) Genau, vom Vorstand und Personalrat. Dass es uns gibt, da war ja der Personalrat und die Personalabteilung daran beteiligt und die haben es vorangetrieben und gesehen. Da gibt es wirklich nichts, wo ich sage, das fehlt uns.

39 I: Ja, sehr schön. Vielen Dank, ich würde die Aufnahme dann erstmal stoppen.

## B2\_Med.Hochschule\_Hannover

1 **Medizinische Hochschule Hannover**

2 I: Interviewerin B2: Befragte

3 Vorstellung.

4	I: Wie viele Mitarbeitende hat die Medizinische Hochschule Hannover.
5	B2: Also die medizinische Hochschule Hannover hat knapp über 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Vollzeitstellen sind das so circa 8.000. Aber man rechnet ja Köpfe und da sind wir knapp über 12.000.
6	I: Wow. Okay. Und wollen Sie frei erzählen, was sie für ein Unterstützungsangebot anbieten oder sollen wir die Fragen abarbeiten?
7	B2: Was ist ihnen lieber für Ihr Interview? Ich kann ja erstmal anfangen und erzählen, wie sich das ganze entwickelt hat, wie die Geschichte dahinter war und was wir gerade machen. Und wenn dann noch Fragen offenbleiben, dann können sie noch fragen.
8	I: Ja, das ist gut. Wenn sie damit einverstanden sind?
9	B2: Gerne, sehr gerne. Also, Krisenbegleitung an der MHH ist erstmal nichts neues. Wir haben schon seit etwas längerer Zeit das Angebot einer Krisenintervention für Patienten und Angehörige. Zum einen die durch die Klinikseelsorge gewährleistet wird und zum anderen in ganz bestimmten Schwerpunktbereichen wie in onkologischen Bereichen oder zum Teil auch Intensivbereichen durch entsprechende Fachkräfte. Das ist aber ausschließlich für Patienten und Angehörige da gewesen.
10	I: Ok.
11	B2: Vor einigen Jahren schon hat unsere Klinik für Kinderkardiologie und Intensivmedizin mit unserer Kinderintensiv Station, sich ein eigenes Krisenbegleitungsteam praktisch als Peer Group aufgebaut. Das heißt die haben durch einen Förderverein Geld zur Verfügung gestellt bekommen und haben innerhalb ihres Teams pflegerische Fachkräfte, mit Ihren Ärztinnen und Ärzten entsprechende Fortbildungen belegt und haben dort eine eigene Team Kompetenz als Peer Group aufgebaut. Das heißt sie helfen sich erstmal selber, sowohl untereinander/. Das heißt, wenn ein Kollege, eine Kollegin ein traumatisches Erlebnis hatte und es nachbesprechen möchte, bekam mitunter eine Krisenbegleitung. Sie sind zum Teil schwerpunktmäßig innerhalb der Kinderklinik und wer es zufällig wusste, dass sie das machen, dann waren die auch für andere im Haus da, wenn eine Krisenbegleitung erwünscht war. Es gab aber bis dato kein Angebot so richtig, außer vielleicht der Klinikseelsorge und das was die Kinderintensivstation gemacht hat, wirklich für alle Mitarbeitenden zum Beispiel nach außen sichtbar. Wenn Mitarbeitende irgendein traumatisches Erlebnis hatten, wussten sie nicht so wirklich an wen sie sich wenden können. Man wusste vielleicht kann man mal in der Psychiatrie oder in der Somatik nachfragen, vielleicht kann ich mich an die Seelsorge wenden, vielleicht kann ich mich an die betriebliche Sozialberatung wenden, hätte auch alles irgendwie gepasst, aber es gab so nichts einheitlich Dargestelltes. Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen habe ich schon vor einigen Jahren erhoben, dass es da einen dringenden Bedarf gibt. Es gibt zum Beispiel Bereiche, da sind gewaltsame Übergriffe an der Tagesordnung, die passieren einfach. Oder auch andere traumatische Erlebnisse die mit Behandlungserfahrung zusammenhängen. In der Notaufnahme zum Beispiel, Intensivstation, auf anderen Stationen vielleicht Neurologie oder Mundkiefergesichtschirurgie, die häufig auch schon kognitiv veränderte Menschen dort haben. Wo es ein höheres Aggressionspotential gibt, wo es sonstige psychische oder dementiell oder andere Veränderungen gibt. Woraus dann zum Teil Gewalthandlungen entspringen. Und wir haben uns dann irgendwann gesagt, wir brauchen ein Angebot für die Mitarbeitenden für die Gesundheitsfürsorge, um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern und auch um Ausfälle zu vermeiden. Auch posttraumatische Belastungsstörungen, wenn sich das chronifiziert, ist das eine ziemliche Katastrophe. (...) Dann bin ich an den Vorstand herangetreten und habe gefragt: „Können sie sich diese Idee vorstellen?“ der Vorstand hat gesagt, schreiben sie mal ein Konzept, das klingt gut. Dann habe ich ein Konzept geschrieben. Nein, dann gab es eine Arbeitsgruppe. Wir haben uns ein Jahr lang fast verständigt und haben wirklich mit

unterschiedlichen Kompetenzen/, also der leitende Oberarzt von der Kinderintensivstation war dabei und hat uns ganz großartig beraten, Professorinnen und Professoren aus dem Zentrum für Seelische Gesundheit, also Psychiatrie und Psychosomatik waren mit dabei. Der Personalrat war mit eingebunden, die Betriebsärzte waren mit eingebunden, die Personalentwicklung war eingebunden. Wir haben uns relativ breit aufgestellt und haben aus unterschiedlichen Richtungen geguckt, was wir da wollten und wie wir uns dieses System vorstellen.

12 I: Ok.

13 B2: Daraus ist dann ein Konzept entstanden, damit bin ich dann an den Vorstand zurückgegangen und die haben gesagt: „Das klingt ganz toll, sie bekommen Geld von uns“. Von diesem Geld finanzieren wir aber nur erstmal die Ausbildung und Fortbildung, wir haben uns gesagt, wir möchten ein Krisenbegleitungsteam haben, welches prinzipiell für alle Kolleginnen und Kollegen im Haus rufbar ist. Wir möchten aber zeitgleich Peer Groups haben, ganz ähnlich wie auf der Kinderintensivstation, und zwar in einem ganz bestimmten Schwerpunktbereich. Als Schwerpunktbereich haben wir erstmal die Notaufnahme identifiziert und die Klinik für Anästhesiologie, das ist eine der größten Kliniken, die wir hier im Haus haben mit circa 300 Mitarbeitenden, die zum Teil auch hier das Reanimationsteam stellen (Erklärung was die machen). (...) Wir haben uns gesagt, das brauchen die und die wollten das auch. Die brauchen erstmal die Peer Groups. Und ansonsten sind alle anderen auch abrufbar und so haben wir es dann gemacht. Wir haben erstmal gefragt in der Klinik wer hat Interesse? Es hat sich so eine Gruppe von knapp über 30 sind wir jetzt zusammengefunden aus unterschiedlichen Richtungen. Die ein Krisenbegleitungsteam bilden. Wir haben uns ein Rufsystem erarbeitet, welches nicht primär telefonisch ist, also wir haben jetzt nicht primär eine Telefonnummer, die man anrufen kann. Es wird ja dann jemand weitergeleitet oder zugewiesen, weil es einfach niemanden gab, der das machen konnte und wollte (lacht). Dazu hätten wir eine eigene personelle Kapazität gebraucht und im Zweifelsfall wäre ich das gewesen, weil ich das ganze koordiniere und da habe ich mir gesagt, dass wäre mir dann doch ein bisschen viel. Also mich auch immer um eine Vertretung kümmern. Da brauchen wir was anderes.

14 I: Ok. Ja.

15 B2: Wir nutzen in der MHH im Intranet SharePoint. Kennen Sie das?

16 I: Nein.

17 B2: Also SharePoint ist wie so eine Art Plattform über der man so Informationen/, das ist wie so eine Internetseite, da kann man Informationen austauschen und bereitstellen, da kann man Dateien zur Verfügung stellen. So ähnlich wie so ein Elias System für das Bildungswesen, nur weniger auf Bildung ausgelegt, sondern auf Informationen und darüber haben wir uns ein Rufsystem aufgebaut. Wir haben zum Glück eine Kollegin in der Krisenbegleitung, die hat einmal im Informatik Bereich gearbeitet und sie hat uns relativ schnell, innerhalb eines Tages so eine SharePoint Seite aufgebaut. Wir haben auf unserer MH Internetseite so eine Art Notfallbutton, den kann man anklicken und darüber löst man einen Notfall aus. Da kommen Informationen, wenn irgendein Notfall da ist, wie Geiselnahme, Feuer, was auch immer. Da kann man dann mit einem Klick oder zwei Klicks diesen Notfall auslösen. Darüber befinden sich auch Informationen wie man in bestimmten Situationen Leute findet und darunter sind wir verlinkt. Also das heißt, man klickt diesen Notfallbutton an und dann kommt man auf unsere SharePoint Seite oder auch mit einem Klick auf ein Formular. Dieses Formular kann man ausfüllen, also wenn man eine Krisenbegleitung haben möchte, dann fülle ich dieses Formular aus. Also, wer bin ich, welchen Bereich betrifft das, kurzes Anliegen beschreiben und dann wird es abgesendet, dann bekommen diese Meldung alle Krisenbegleiterinnen und Begleiter zeitgleich auf ihre PCs. Da wir einen gewissen Anteil von Menschen haben, die auch im Verwaltungsbereich tätig sind, ist auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass in den

Kernarbeitszeiten jemand da ist. Mit einem Klick kann ich bestätigen, ich übernehme diesen Auftrag und dann ist es auch für alle anderen gesperrt. Dann nehmen nicht zehn Leute gleichzeitig Kontakt auf, sondern es ist klar, wer den Auftrag übernimmt und kann dann die Krisenbegleitung machen. Wir sind aber auch alle transparent dargestellt, das heißt wenn es jemanden gibt, wo man sagt den kenn ich, der mit im Krisenbegleitungsteam ist, da gibt es vielleicht schon eine Vertrauensbasis, dann kann man uns auch persönlich anrufen und gleichzeitig gibt es auch eine Krisenbegleitungsemail, die dann auch alle zeitgleich bekommen, über die man sich auch wenden kann. Es gibt mittlerweile mehrere Möglichkeiten das Krisenbegleitungsteam anzurufen oder zu rufen und dann wird das gemacht. Das ist der erste Schritt, als zweiten Schritt, das ist jetzt noch relativ neu, haben wir uns gesagt, es reicht vielleicht nicht nur eine Akutintervention zu haben. Zum einen gibt es doch immer eine gewisse Hemmschwelle, jemanden direkt zu rufen, wenn ich das Gefühl habe ich fühl mich jetzt bestürzt oder schlecht und ich brauche jetzt eine Krisenbegleitung, sondern manchmal ist da ein gewisser Vertrauensvorschuss notwendig, ich wende mich da lieber an Personen, die ich kenne.

18 I: Mhm.

19 B2: Wir haben uns gesagt wir möchten den Bereichen, die am schwersten Betroffen sind, ein besseres Angebot machen. Nämlich so, dass wir mindestens einmal im Monat oder nach Absprache, dort entsprechend vor Ort sind und Gespräche anbieten. Dann sind wir da zu festen Terminen und jeder kann dazukommen wer möchte und dann kann man über solche Themen ins Gespräch kommen. Das ist jetzt keine Akutintervention, sondern so eine Art dauerhafte Supervision, wo man Dinge thematisieren kann, die einen in den letzten Wochen beschäftigt haben, muss man nicht sofort ansprechen, aber man würde das gerne jetzt mal klären. Unsere Vorstellung ist, dass dadurch auch die Akzeptanz für die Akutintervention steigt. Das heißt, dass diese Krisenbegleiterinnen und Begleiter, die diese Stationen auch betreuen, sind diesen auch immer fest zugeordnet. Ich sag mal, zwei für zwei Stationen, die sich dann auch ergänzen oder abwechseln oder auch mal was zusammen machen und die würde man auch bevorzugt anrufen oder sich bei den melden, wenn man eine Krisenbegleitung haben möchte. So haben wir im Grunde genommen ein System, was sowohl aus etwas Langfristigen, also aus einer Präsenzveranstaltung besteht und aus den Akutinterventionen.

20 I: Okay.

21 B2: Dann gibt es noch die Möglichkeit, nehmen wir mal an so was passiert nicht in der Kernarbeitszeit, so was passiert auch mal nachts, wo die Leute aus der Verwaltung nicht mehr da sind und am Wochenende auch nicht. Da gibt es die Kolleginnen und Kollegen in den Peer Groups, die dann einen Wochenenddienst haben, die dann auch angerufen werden können. Oder man wendet sich tatsächlich auch an den sozialpsychiatrischen Dienst oder psychiatrischen Hausdienst, wenn man sagt, dass ist jetzt so schlimm, dass es nicht bis zum nächsten Tag oder Werktag warten kann. Das ist auch mit den entsprechenden Zentren abgesprochen, dass sie sich dann an die leitenden Psychotherapeutinnen und Therapeuten wenden kann. Das ist grundsätzlich das, was wir uns überlegt haben. Wir haben auch die Nachbetreuung mit integriert, dass wir sagen unsere Krisenbegleiterinnen und Begleiter sind auch instruiert zu schauen und abzusprechen oder nach ihrem Gefühl zu sagen, bei den Menschen, die das betrifft, es kann eine einzelne Person oder auch eine Gruppe sein, ob eine weitergehende Intervention notwendig ist. Das können wir zum Teil selber machen, dass wir sagen wir treffen uns in zwei Wochen nochmal und gucken dann, wie es jetzt ist. Wenn man allerdings das Gefühl hat, da ist jemand wirklich stark kompromittiert, da ist wirklich ein schweres Trauma ausgelöst worden, dass jemand weitergehende Unterstützung braucht, dann haben wir verschiedene Wege definiert, wie die Menschen auch in eine relativ kurzfristige psychotherapeutische Nachsorge überführt werden können. Was wir machen ist eine Art kollegiale Führsorge und es ist auch sehr niederschwellig, auch ich als Psychologe habe keine psychotherapeutische Kompetenz und ich würde mir das niemals anmaßen. (...) Wenn ich aber das Gefühl habe, da ist wirklich etwas schlimmeres geschehen und derjenige ist wirklich so stark belastet, dass es eine psychotherapeutische Intervention braucht, dann leiten wir

dementsprechend über. Das können wir auch über die entsprechenden Kliniken tun, das können wir auch über die Landesunfallkasse tun, die ein eigenes Angebot eine psychotherapeutische Nachsorge hat. In dem Fall würde man auch einen Arbeitsunfall melden, man könnte praktisch in die Notfallaufnahme gehen und sagen ich habe ein Psychotrauma erfahren und das würde wie ein ganz normaler Arbeitsunfall aufgenommen werden. Das ist abgesprochen und diese Möglichkeit gibt es, wissen nur noch nicht viele. Aber ein Psychotrauma ist ein Arbeitsunfall.

22 I: Ein Psychotrauma ist ein Arbeitsunfall?

23 B2: Genau, es ist ein Arbeitsunfall. So und das ist es auch, das ist letztlich unser System. Vielleicht eine Sache noch kurz, die Ausbildung. Wir brauchen unser Budget für die Aus- und Fortbildungen. Die Ausbildung ist recht niedrigschwellig. Diese besteht aus einer Grundausbildung von 4 Tagen und jeweils zwei zweitägigen Fortbildungen. Das reicht bereits aus, um ein Zertifikat zu erhalten, welches nach einem bundeseinheitlichen Curriculum abgestimmt ist und dann kann man in Grunde genommen Krisenbegleitung sein.

24 I: Ok.

25 B2: Allerdings ist es schon ratsam sich immer wieder fit zu halten und situative Trainings zu machen, Supervisionen und weitere Fortbildungen zu belegen, um einfach im Thema drin zu bleiben. Also so zwei Fortbildungen pro Jahr sollte man dann schon belegen.

26 I: Und in Ihrer Klinik kann es dann jeder machen? Auch die Pflegekräfte, Ärzte?

27 B2: Ja, genau. Die können alle mitmachen.

28 I: Und sie meinten sie sind jetzt 30 Personen circa?

29 B2: Ja, ungefähr 35 sind wir jetzt.

30 I: Wollen Sie das erreichen, dass für jede Klinik oder jede Station, dann irgendwann mal einer da ist für diese Station?

31 B2: Nein.

32 I: Was ist ihr Ziel dann?

33 B2: Das Ziel ist erstmal die Intensivstationen abgedeckt zu haben. Die Onkologie, mit denen bin ich noch im Gespräch, die sind schon relativ gut durch ihre Psychologinnen und Psychologen abgedeckt und Psychoonkologinnen, die sie haben. Die kümmern sich in der Regel auch um die Kolleginnen und Kollegen. Aber es gibt immer mal wieder Stationen, zum Beispiel die Schlaganfallstation, die da auch Interesse hat und andere Stationen, die ein relativ häufiges Aufkommen haben. Aber wenn wir erst die Intensivbereiche abgedeckt haben und die Notaufnahme und die Bereiche, die von sich sagen, wir sind eigentlich ständig betroffen bei uns ist das an der Tagesordnung, dann ist das schon mal das erste Ziel. Ansonsten sag ich mal ist es eigentlich so der Standard, den wir erreichen wollten, plus die 24/7 Abdeckung etwas näher zu kommen. Es wäre gut, wenn immer jemand aus dem Krisenbegleitungsteam da wäre. Das müssten wir in den nächsten Jahren mal gucken, ich wollte jetzt nicht übermäßig neu ausbilden, denn wir brauchen natürlich auch Einsätze, sonst kommen wir aus dem Training und im Moment geht es mehr darum die Peer Groups zu stärken. Die Notaufnahme braucht noch ein paar Leute mehr, obwohl die wirklich voran geprescht sind, die haben 10 Leute ausgebildet, eine Ärztin in der Anästhesie, es sind aber auch vor allem Ärzte, die sich

haben ausbilden lassen und da noch ein bisschen weiter ausbauen. In der Pflege sind bisher noch wenige, bis auf die Peer Groups, weil die einfach nicht abkömmlich sind. Es ist unrealistisch im normalen Alltag zu sagen, ich gehe jetzt mal, wenn eh schon Personalknappheit herrscht, ich verlasse jetzt mal mein Bett und sag meinen Kolleginnen und Kollegen, macht mal ohne mich weiter, ich mache jetzt eine Krisenbegleitung. Das wäre jetzt auch im Haus nicht durchsetzbar gewesen. Da habe ich auch ganz offen mit der Pflegedienstleitung und der Geschäftsführung Pflege gesprochen. Ich bin da auch realistisch genug mit meinem beruflichen Hintergrund, dass es einfach nicht geht. Wir haben trotzdem einige die das machen wollten und es machen, die dann vornehmlich für ihre Stationen ansprechbar sind, die dann aber jederzeit auch auf Unterstützung zurückgreifen können. Das ist es erstmal so.

- 34 I: Das ist ja schon ein sensibles Thema, ich glaube nicht, dass man einfach da so hinget und sagt, wir haben jetzt hier eine Beratungsstelle, oder ist es sehr präsent bei ihnen? Ich frag mal so, wenn man bei ihnen anfangen würde, würden sie auch vorgestellt werden oder wird das auf jeder Station sagt, wir haben dieses Unterstützungsangebot hier. Dass die Stationsleitung und die Bereichsleitung es auch kundtun, dass sie so etwas haben?
- 35 B2: Genau. Wir sind den Weg gegangen über alle Pflegedienstleitungen, dass die es verbreiten. Es wurde auch schon in mehreren Bereichsleitungsbesprechungen/. Letztendlich wissen, dass alle unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir haben das über unsere Hauszeitung gemacht. Wir haben es im Intranet veröffentlicht. Wir sind über die direkten Gespräche herangegangen, wir sind über die Klinikdirektorinnen und Direktoren gegangen, das heißt jetzt natürlich auch über den ärztlichen Bereich und alle anderen sind im Prinzip auch schon informiert, aber wir wussten, da sind wir uns schon klar, dass 90 % aller Anfragen aus dem klinischen Bereich kommen. Das Hauptaugenmerk muss auf dem klinischen Bereich sein. Die Verwaltung betrifft das mal, da ist es auch schon vorgekommen, aber eben nicht so häufig. Deshalb wollten wir die Kliniken so weit abdecken. Aber das ist so ein Thema, welches ich deutlich mehr kommunizieren muss. Wir machen schon viel, aber wir müssen deutlich noch mehr kommunizieren. Und es auch immer wieder ins Gespräch bringen.
- 36 I: Ja, sehr gut. Was mir jetzt noch einfällt und ich weiß es ist ein leidiges Thema, aber hat Corona noch etwas daran verändert, also an der Situation, also gibt es da noch mehr Bedarf? Also, dass die Leute mehr kommen, etwas dass mich wirklich belastet, aber durch Corona ist es noch schlimmer. Oder auch die Intensivfälle, also auch junge Patienten, die auf den Intensivstationen beatmet werden oder sterben?
- 37 B2: Mit Sicherheit. Wir haben das beispielweise auch, aber das ist nicht in meinem Gebiet. Unser Zentrum für seelische Gesundheit hat eine eigene Corona Hotline geschaltet, und zwar speziell für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit eigenen psychotherapeutischen Kapazitäten, und zwar weit über den Arbeitsalltag hinaus. Da konnte man auch sagen, wenn man irgendwie Schwierigkeiten und Sorgen im familiären Umfeld hat, da konnte man sich dort entsprechend Beratung holen. Das war und ist schon ein Thema. Corona ja, wir sind auch in Kontakt mit der Corona Station, den haben wir auch die längerfristige Krisenbegleitung angeboten und da ist die psychische Belastung schon sehr hoch. Das wird auch immer wieder rückgemeldet. Grade auch mit der fehlenden Aussicht, wann das Ganze auch zu Ende ist. Das war vorher eine Infektionsstation, und plötzlich haben sie es mit Patientinnen und Patienten zu tun, die so wesentlich kränker sind, als alle die bisher da waren. Natürlich gab es auch da schon sehr kranke Menschen und wo auch mal Menschen verstorben sind, aber nicht in dem Umfang, in dem es jetzt geschah.
- 38 I: Okay. (Bedrückt) Und wie kann ich es mir dann vorstellen. Da hatte jemand ein traumatisches Erlebnis gehabt und dann setzten sie sich dann zusammen und führen Einzelgespräche?

39	B2: Genau. Je nachdem ob es eine einzelne Person betrifft oder auch eine Gruppe betrifft. Ein Trauma, was in einer Gruppe geschehen ist würde ich immer in einer Gruppe besprechen.
40	I: (Zustimmung).
41	B2: Und dann gibt es gewisse Gesprächsleitfäden und es gibt bestimmte Techniken, die man anwenden kann. Es geht ganz viel über das aktive Zuhören. Ziel ist gar nicht, dass ich als Krisenleiter ganz viel mache, Ziel ist erstmal, dass ich mich zurücknehme und höre was war da überhaupt los und höre wie war die Rolle in der Situation, also welche Rolle hatte die betroffene Person, was ist da eigentlich genau geschehen. Man fokussiert wenig auf das Trauma, also man lässt viel erzählen, aber wenn ich dann nachhake, ich würde jetzt niemals fragen, wie fühlten sie sich in dieser Situation oder wie geht es Ihnen jetzt. Das würde überfordern, man fokussiert bedeutend stärker auf die Ressourcen, wie: „Was hat Ihnen in der Situation geholfen? Was hat es Ihnen leichter gemacht mit der Situation zurechtzukommen? Was hilft ihnen jetzt? Was brauchen sie noch damit es ihnen besser geht?“ Da geht es um Ressourcenaktivierung.
42	I: Und wie viele Termine sind da angedacht oder gibt es ein Standard bei ihnen, dass sie sagen, nach einem Gespräch ist es ok. Oder merken Sie das dann?
43	B2: Das würde ich sonst hinterfragen. Man kann gut einen Folgetermin anbieten. Das kann dann angenommen werden, oder die Betroffenen sagen es ist für sie so in Ordnung. Aber einen Folgetermin würde ich zumindest immer anbieten.
44	I: Ok. Also nochmal zu schauen, wie fühlen sie sich nach dem Gespräch und konnte das eventuell verarbeitet werden.
45	B2: Genau. (...) Und brauchen Sie jetzt noch was und was ist noch notwendig?
46	I: Jetzt kommt eigentlich noch die Frage, wie wird es evaluiert? Wurde ihr Unterstützungsangebot schon einmal evaluiert?
47	B2: Nein. Da sind wir noch zu frisch dabei, so richtig aktiv sind wir erst seit Dezember letzten Jahres. Wir evaluieren aber einmal so, dass wir die Einsätze, die dokumentiert werden, in eine SPSS Tabelle überführen. Um zu gucken, wie viele Einsätze gibt es denn überhaupt. Mehr an Evaluation machen wir erstmal nicht, weil wir auch gesagt haben, dass es ein sehr sensibles Thema ist. Wir möchten den Menschen nicht die frisch traumatisiert sind noch ein Fragebogen überreichen und sagen: „Füllen sie den mal bitte aus“. Da wollen wir noch schauen wie es sich entwickelt, wir machen erst eine reine Einsatzstatistik und schauen in den nächsten Monaten und Jahren, ob es Ideen gibt, wie wir es noch besser machen können.
48	I: Ja, stimmt.
49	B2: Und es ist jetzt auch sehr viel Zeit ins Land gegangen, bis alle jetzt erstmal ihre Fortbildungen hatten und bis wir uns koordiniert haben und das mit der direkten Stationsbetreuung ist noch ganz neu, damit fangen wir erst gerade an. Und so viele Akutinterventionen gab es noch nicht, in den Peer Groups schon. Die machen das ständig, da wird aber nicht dokumentiert. Für alle anderen sind seitdem erst 10 Kriseninterventionen angefallen. Es gab entsprechende Situationen, doch es gab eine Hemmschwelle, jemanden von der Krisenbegleitung, anzurufen. Deshalb haben wir abgesprochen, dass wir mehr auf sie zugehen und versuchen es etwas <u>selbstverständlicher</u> zu machen. Auch das Angebot, viel stärker dort hineinzutragen in die Bereiche, weil wir so was ähnliches schon mal hatten, durch eine der Kliniken zur Verfügung gestellt und das wurde dann wegrationalisiert. Viel der Wegrationalisierung fiel genau mit dem Zeitpunkt zusammen, an dem wir Einsatzfähig waren.

Ich glaube das hat nichts miteinander zu tun, aber wir haben uns vor allem auf die Akutinterventionen fokussiert und haben dann die Rückmeldung bekommen was uns fehlt ist eigentlich vor allem der regelmäßige Termin. Dann haben wir uns untereinander abgesprochen, ich habe das an unser Krisenbegleitungsteam herangetragen und habe gefragt: „Wie steht ihr dazu?“ Zehn von uns haben gesagt die können sich das gut vorstellen und das sind die, die dann entsprechend die Betreuung der Intensivstationen übernehmen.

50 I: Ich frage mich, ist das jetzt was Neues? Also, auch aus eigener Erfahrung, diese psychische Belastung und traumatische Erlebnisse waren ja schon immer da, würde ich mal behaupten, besonders auch auf Intensivstationen. Ist das jetzt ein Thema das vorher gar nicht beachtet wurde und jetzt in den Vordergrund rückt? Wie sehen sie da die Entwicklung? Und geht es wohl immer stärker in diese Richtung, würde mich noch interessieren.

51 B2: Ich glaube einfach, dass die Sensibilität für psychische Belastungen gestiegen ist. Seit 2013 steht im Arbeitsschutzgesetz, dass wir psychische Belastungen an Arbeitsplätzen messen müssen. Wir waren auch die erste Universitätsklinik, die das auch gemacht hat, 2014. Und noch immer bin ich mit Kolleginnen und Kollegen im Gespräch, die sagen so langsam müssen wir mal anfangen. Aber im Fokus, dass es notwendig ist, das ist schon lange. Vor allem werden auch die Ausfallzeiten gesehen, es wird gesehen und wir bekommen auch Gesundheitsberichte der Krankenkassen in denen stehen so viele Mitarbeitende haben so viele Krankheitstage auf Grund von beispielsweise F Diagnosen, also psychischen Diagnosen. Es ist nicht nur ein ethischer Aspekt, zu sagen wir müssen da jetzt was machen, sondern dass es durchaus auch ein wirtschaftlicher Aspekt ist zu sagen, wir brauchen ein Angebot, damit die Menschen weniger krank sind und uns weniger Geld kosten. Ich habe auch global betrachtet das Gefühl, also in ganz Deutschland, dass das Thema viel präsenter ist und dass dadurch die Ideen zunehmen, was man auch vor Ort konkreter tun kann. Sowohl im Fall einer Prävention, was wir ja machen ist weniger Prävention, sondern mehr Nachsorge. Aber das beides sozusagen stärker abgebildet ist. Das zeigt sich auch/, ich hatte ja das Netzwerk erwähnt. Im letzten Jahr hat sich ein Netzwerk zusammen gebildet, das nennt sich klinische Krisenintervention, das ist nicht nur auf die kollegiale Ebene fokussiert, da geht es auch um alle Möglichkeiten der Krisenintervention im klinischen Bereich, sowohl was Patienten, Angehörige, was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeht. Genau, ich letzten Jahr September haben wir dieses Zeitfenster gefunden, wo die COVID Werte so niedrig waren, dass wir uns treffen konnten, in einem Hotel in Berlin. (...) Dort haben wir ein Auftakttreffen gemacht und uns untereinander ausgetauscht und geguckt: „Wer hat schon was? Wer ist schon relativ weit? Wer baut gerade auf und wer ist einfach dabei und haben prinzipiell Interesse daran, um sich ein paar Inspirationen zu holen. Das ist wirklich großartig und da sieht man deutschlandweit, dass es ein breites Angebot mittlerweile gibt. Zum einen von den die schon etwas haben und die die das implementieren möchten. Ganz vorne mit dabei ist die Uniklinik Bonn.

52 (Austausch über Kliniken).

53 B2: Ich wurde ganz großartig beraten und unterstützt, auch immer noch. Wir gehören jetzt zu den, die ganz langsam versuchen, dass in die Klinik zu implementieren. Es gibt verschiedene Dienstleister auf dem Markt, die das machen, ganz vorne dabei ist der SbE e.V., das ist die Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Situationen e.V. Der Beansprucht auch für sich, dieses System in Deutschland aufgebaut zu haben. Die bilden auch aus und da haben wir uns überlegt, uns auch von den ausbilden zu lassen, haben uns dann aber für einen anderen Anbieter entschieden. Das ist der Anbieter, der auch schon die Kolleginnen und Kollegen auf der Kinderintensiv ausgebildet haben, der macht das ganz super und haben dann gesagt, dann bleiben wir bei einem Anbieter, dann sind wir alle von einem System ausgebildet.

54 I: Ja super. Das sind ja schon sehr viele Informationen. Die letzte Frage ist eigentlich nur noch was ihnen fehlt, also in den Unterstützungsangeboten oder generell für die Pflegekräfte, die sehr zu knabbern haben nach sehr schwierigen Situationen oder Diensten. Was können sie sich vorstellen, was man noch für sie machen könnte.

55	B2: Zuerst brauchen wir Geld. (Lacht).
56	I: Ja. (Lacht).
57	B2: Das ist gar nicht so leicht. Wir brauchen Geld, um die Aus- und Fortbildungen zu finanzieren, wir brauchen kein Geld für das laufende System. Alle Krisenbegleiterinnen und Krisenbegleiter kriegen das mehr oder weniger von Arbeitgeber akzeptiert und toleriert und tun es neben Ihrer originären Arbeit. Wie eine ehrenamtliche Tätigkeit nebenher aber in der Arbeitszeit natürlich. Es ist nicht ehrenamtlich, aber wir machen es in unsere Arbeitszeit nebenher, was der Arbeitgeber toleriert.
58	I: Aber es ist dann Mehrarbeit sozusagen, oder?
59	B2: Nicht unbedingt. Wir haben eine 38,5 Stunden Woche und da muss man sich das dann anders aufteilen, deshalb haben wir auch die Zusage gemacht, dass wir die Last von mir mal abgesehen, auf vielen Schultern verteilen, so dass jetzt die Arbeitskraft der einzelnen Kolleginnen und Kollegen, die die Krisenbegleitung machen nicht übermäßig leiden. Die Führungskräfte brauchen z.B. ihre Mitarbeiter selbst, die können nicht ständig eine Krisenbegleitung machen/. Das heißt wir brauchen Zeit, wir brauchen Geld, was brauchen wir noch? Genau, meine Idealvorstellung wäre tatsächlich ein Rufsystem, das wir irgendwann mit Rufbereitschaften arbeiten, dazu bräuchten wir natürlich wieder mehr Geld, weil die müssten dann bezahlt werden. Dazu muss sich das System so etabliert haben, dass wir darstellen können, wir werden auch häufig nachts gerufen, das können wir im Moment noch nicht darstellen. Deshalb müssten wir über eine Rufbereitschaft gar nicht sprechen. Ich glaube, dass wir mit dem System was wir jetzt haben, schon ziemlich weit kommen und deswegen habe ich auch gar keine weiteren Wünsche. Das was wir zur Verfügung stehen haben und mit den Ressourcen, mit denen wir arbeiten können, kommen wir schon relativ weit. (...) Vielleicht wäre ich mit dieser Frage in ein oder zwei Jahren weiter, dass ich sagen kann wir haben uns jetzt so und so etabliert und jetzt müssen wir einen nächsten Schritt gehen. Ich spüre viel Akzeptanz, ganz viele die sagen wir machen dort mit, von der Vorstandsseite oder die Seite der Kliniken. Ich wünsche mir von einigen (Kliniken?) vielleicht noch mehr Akzeptanz, gerade so von Seiten der Ärzte. Gerade so von den Menschen, die sagen, ja komm das müssen wir alle aushalten, wer das nicht aushält ist hier irgendwo falsch. Da die Akzeptanz dafür, dass ein Trauma jeden Menschen treffen kann. Und klar es gibt Menschen, die nicht darüber sprechen, aber die haben es halt trotzdem erlebt und die verarbeiten das dann auf eine defizitäre Art und Weise. Ich habe vor einiger Zeit mit einem Oberarzt aus der Psychiatrie gesprochen der sagt, wenn die Leute mal wüssten wie viele klinisch, tätige Menschen auch aus dem ärztlichen Bereich hier wegen Traumafolgestörungen in Behandlung sind, die würden sich wundern.
60	I: Oha! Okay.
61	<u>B2: Und deswegen ist es auch noch ein Ziel, das Bewusstsein dafür zu stärken, dass ein Trauma etwas ist, was jeden treffen kann, egal in welcher Kompetenzstufe, egal wie viel Berufserfahrung. Es kann immer mal ein Ereignis geben, das selbst den erfahrensten Menschen so erschüttern kann, dass es dann eine Unterstützung braucht. Und, dass das etwas völlig Normales ist. Dafür würde ich gerne noch mehr Bewusstsein schaffen. Das ist ein bisschen das Ziel mehr in die PR zu gehen und mehr ins Gespräch oder in die Auseinandersetzung zu gehen, zu Überzeugen und dafür mehr Bewusstsein zu schaffen.</u>
62	I: Darf ich sie wörtlich zitieren?
63	B2: Bitte.
64	(Beide Lachen)

65	B2: Schreiben Sie es auf eine Karte und hängen Sie es überall aus.
66	I: Das was sie gerade gesagt haben, da sprechen sie mir von der Seele und ich finde es auch einfach so wichtig! (Erzählt von eigenen Erfahrungen). Wenn ich sie zitieren dürfte das wäre klasse. Das würde sehr, sehr gut passen.
67	B2: Sehr gerne.
68	I: Das war perfekt formuliert. Ja, im Endeffekt war es das auch eigentlich schon. Das Gespräch hat mir einen sehr tiefen Einblick gegeben. Kann man nur so sagen.
69	B2: Das freut mich und wenn es irgendwas noch gibt im Nachhinein oder wenn sie noch eine Frage haben oder etwas vertiefen wollen oder was das angeht am Ball bleiben wollen, melden sie sich gerne, sagen sie dann jeder Zeit Bescheid.
70	(Austausch über die Arbeit)
71	B2: So ein Thema (Unterstützungsangebote) muss irgendwann an den Vorstand ran, wenn man dann eine Stabsstelle so wie uns hat, das ist die Stabsstelle Arbeitssicherheit, wir sind direkt an den Vorstand angedockt. Da gibt es relativ kurze Wege. Wenn man dann so jemanden mit im Boot hat oder ein Betriebsrat oder Personalrat und dieser nicht völlig zerstritten mit dem Vorstand ist, dann hat man immer Leute, die so ein Anliegen auf dieser Ebene transportieren können. Und dann hat man da ganz gute Chancen.
72	(Austausch über die Arbeit)
73	I: Wenn man so schaut, ist es eine vernetzte Sache und diese Leute sind dabei/, die versuchen etwas Ordentliches auf die Beine zu stellen.
74	B2: Die Menschen, die sich in diesem Thema bewegen, das sind gar nicht so warnsinngig viele und diese treffen sich an irgendeiner Stelle irgendwann immer mal wieder, durch Netzwerkveranstaltungen, durch Kongresse und kommen dann miteinander ins Gespräch und arbeiten dann miteinander weiter und tauschen sich aus. Das ist auch sehr schön. Als ich noch in der Beratung war, musste ich mit meinen Themen immer ganz vorsichtig umgehen, weil es ein Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen war und jetzt arbeite ich Non Profit und kann mich ganz frei mit anderen austauschen. Einfach um eine Weiterentwicklung anzustoßen, ich lerne von anderen und andere lernen von mir. So wollte ich immer arbeiten und das macht mir dann noch mehr Spaß.
75	I: Das ist perfekt. Wie sieht es mit den Räumlichkeiten aus. Können sie sich da zurückziehen?
76	B2: Ich ja, ich habe mein eigenes Büro, aber bei den anderen ist es etwas schwieriger. Wir haben eine angespannte Raumsituation mitunter. Natürlich kann man sich mal ein Seminarraum mieten. Die MHH ist in den letzten Jahren immer weitergewachsen, es sind aber nicht mehr Gebäude geworden, deshalb ist es sehr schwierig einen geeigneten Rückzugsraum zu finden. Wir haben keine Räumlichkeiten, wo wir sagen können die können wir immer in Anspruch nehmen. Wenn wir in einem kleinen Kreis sind, dann können wir immer in mein Büro gehen und da kann man das machen – sogar mit ein bisschen Abstand mittlerweile. Für andere ist es dann etwas schwieriger. Bei einer größeren Gruppe kann man Stationszimmer oder Seminarräume, die der Klinik zugeordnet sind/, da könnte man das schon eher organisieren. Spontan ist es manchmal schwierig.

77	I: Ok. Sie gehören dem Arbeitsschutz an. Gehören sie dann zum betrieblichen Gesundheitsmanagement? Wie sehen da die Strukturen aus?
78	B2: Die Strukturen sehen so aus, dass das BGM seine organisatorische Heimat in der Personalentwicklung hat, aber letztlich übergreifend arbeitet. Die Frau XY die Koordinatorin, des BGM, die Akteure des BGM sind halt vielseitig, das ist nicht nur das BGM an sich oder die Personalentwicklung, das sind auch praktisch wir als Arbeitssicherheit, das ist der betriebsärztliche Dienst, das ist der Personalrat, zum Teil auch andere Institutionen, die zum Teil auch aus der Psychiatrie oder der Psychosomatik kommen, die ein großes präventives Angebot haben, was aus ganz verschiedenen Bausteinen besteht. Was für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kostenlos ist. Das BGM ist eher übergreifend zu sehen und das ist eine große Herausforderung der Koordination des BGM diese ganzen Akteure mit den recht unterschiedlichen Arbeitsbereichen das Thema der Gesundheit von Mitarbeitenden auf den Punkt zu bringen und da Gemeinsamkeiten zu finden.
79	I: Dann kann ich mir das jetzt vorstellen. Von meiner Seite sind wir dann auch schon fertig. (Hält das Video an).

### B3\_Anonyme\_Universitätsklinik

1	<b>Anonyme Universitätsklinik</b>
2	I: Interviewerin B3: Befragte
3	Vorstellung.
4	I: Nach was sind Sie ausgebildet?
5	B3: Wir sind ausgebildet durch den SbE. Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Das werden Sie bestimmt kennen, da weiß ich das da mehrere Kliniken darüber ausgebildet sind und, dass der Herr XY der das leitet, versucht die Kliniken auch zusammenzuführen, damit man sich auch austauscht. Der wäre auch ein Ansprechpartner, falls sie noch mehr Kliniken erreichen möchten.
6	I: Vielen Dank für die Information auf jeden Fall. Das ist gut zu Wissen.
7	B3: Da werden wir auch auf jeden Fall noch zu sprechen kommen, nach Ihren Fragen.
8	I: Genau, genau. Wir können das so machen, dass wir die Fragen abarbeiten oder wollen Sie erstmal grob einmal erzählen?
9	B3: Wie es Ihnen lieber ist. Je nachdem wie Sie es auswerten.
10	I: Ich werte das mit MaxQDA aus und habe da eigentlich keine strikten Vorgaben wie ich das auswerte. Aber dann fang ich erstmal an zu fragen (Lacht). Was hat sie veranlasst Unterstützungsangebote nach traumatischen und belastenden Erlebnissen anzubieten oder zu entwickeln?

- 11 B3: Das war bei uns ganz einfach. Wir haben da nichts entwickelt, sondern haben uns nach einem System gerichtet, welches es schon gibt. Anlass war erstmal das ich das klinische Ethikkomitee koordineiere und da wurde uns die Frage an uns als Ethikkomitee gestellt: „Wie ist es denn? Was machen wir eigentlich mit Mitarbeitenden, die nach der normalen Geschäftszeit am Feiertag oder am Wochenende, etwas Gravierendes erlebt haben und vielleicht psychische Probleme haben und eigentlich Hilfe bräuchten, die auch von der Abreitgeberseite kommen sollte.“ Das hat ja auch eine ethische Komponente, irgendwie alles hat ja eine ethische Komponente.
- 12 I: (Zustimmung).
- 13 B3: „Wie sieht es denn aus? Könnt ihr das nicht bearbeiten?“ Das war im Prinzip der Anlass. Unser Haus hat ein Institut für medizinische Psychologie und da gibt es eine Mitarbeitenden Sprechstunde und da findet man in der Regel relativ schnell Hilfe, wenn man da anruft und dann sagt, ich habe da ein Problem egal ob privat oder im Arbeitsleben. Dort kann man ein Termin kriegen, aber das geht halt nach 16 Uhr oder am Wochenende nicht mehr.
- 14 I: Ok.
- 15 B3: Es ging wirklich dann darum, was passiert, wenn etwas auftritt, und man braucht Akuthilfe. Daraufhin habe ich mir ein paar Leute zusammengesucht, die etwas zu dem Thema beitragen können, denn ich hatte überhaupt gar keine Ahnung von so was.
- 16 I: Na gut, dann sind wir schon mal zwei (lacht).
- 17 B3: (Lacht) Bis heute ist es auch nicht viel mehr, außer dass ich weiß, wie kann man so was ins Leben rufen. Aber so war dann der Ansatz. Da haben wir uns zusammengesetzt mit verschiedenen Leuten und haben geschaut was man da machen kann.
- 18 I: Ok. Habe ich das richtig verstanden. Sie hatten schon ein Angebot, was die Mitarbeitenden unterstützt in den regulären Zeiten?
- 19 B3: Ja, das war aber nicht auf Krisenintervention ausgerichtet, also auf Notfallversorgung. Es ist nicht so, dass da Mitarbeitende sind, die jetzt wirklich losrennen können. Es ist eine Mitarbeitenden Sprechstunde, einen Termin gibt es da relativ schnell. Ich sag mal innerhalb der nächsten Tage oder ein zwei Wochen auf jeden Fall. Aber wenn man jetzt merken würde, das ist jetzt etwas ganz Krasses passiert, dann würden Sie auch alles versuchen schnell zu agieren. Aber es kann auch sein, dass die Mitarbeitenden, das sind ja Psychologen, die haben in der Regel ihre Termine und da kann jetzt keiner losrennen und das geht auch nur in der Geschäftszeit.
- 20 I: Ok. Das ist natürlich ein Problem.
- 21 B3: Und daraufhin kam es, dass man sagt man braucht akut jemanden. Da haben wir uns jemanden dazu geholt der uns das erklärt hat. Bei der Feuerwehr zum Beispiel gibt es so was, wusste ich zum Beispiel nicht. Da gibt es etwas, da können Leute akut dorthin rennen und die Leute unterstützen und eigentlich brauchen wir das im Klinikbereich auch und es gibt auch im Klinikberiech auch Sachen, die einfach drüber sind. Der Unterschied ist einfach, bei der Feuerwehr sind viele Freiwillige usw. und eigentlich machen Sie den ganzen Tag was anderes und dann plötzlich sehen Sie Brandopfer. Bei den Klinikangestellten geht man davon aus, der sieht ja den ganzen Tag kranke Patienten. Das ist doch normal. Aber das es da Sachen gibt, die drüber sind, das ist einem da gar nicht richtig bewusst und damit muss man sich dann auch beschäftigen.

- 22 I: Und einfach auch, die Menge machts ja häufig. Man sieht schlimme Sachen einmal zweimal und bei zehnten Mal ist dann auch Schluss. Das man damit dann gar nicht richtig umgehen kann. Das ist dann aber auch eher aus persönlicher Erfahrung.
- 23 B3: Das mag sein, aber dafür ist unsere Schulung nicht ausgelegt. Unsere Schulung ist dafür ausgelegt, für das Auffangen nach einem gravierenden Ereignis.
- 24 I: Ah ok.
- 25 B3: Dauerbelastungen die wir zum Beispiel im Fall Corona haben, können wir nicht abfangen. Das sind ja kurz angelegte Schulungen für Laien. Wir haben ein Peer-Group-Ansatz, die Leute, die bei mir im Team sind, sind Leute vom Pflegenden oder der Verwaltung, ich selber auch, die nicht psychologisch Vorversiert sind. Manche ja, weil sie daran Interesse haben, das ist aber überhaupt keine Bedingung. Wir haben eine Schulung von einer Woche genossen, darauf folgt eine zweite Woche, die aufgrund der letzten Zeit immer verschoben wurde. Das ist eine Laienschulung, dadurch kann man aber schnell gewährleisten, dass man schnell vor Ort ist. Das ist bei den („Im Land“?) genau das gleiche, die haben Freiwillige und die werden geschult nach einem kurzen Schulungskonzept. Leute zu therapieren, die chronisch belastet sind, weil sie eben seit Jahren solche und solche Ereignisse erleben, das bedarf einer langjährigen Therapie und das bieten wir nicht.
- 26 I: Ok. Seit wann bieten sie das Unterstützungsangebot an?
- 27 B3: Wir hatten einen sehr unglücklichen Start. Wir haben auch noch nicht agiert, aber da können wir gleich auch noch darauf kommen. Und zwar hat unsere Ausbildung im letzten Januar stattgefunden. Also Januar 2020. Das erste Teamtreffen und Teambuilding, also das Team das erste Mal zusammenzuführen, das ist ja ein Teil meiner Arbeit, hatten wir dann im Februar und dann kam Corona. Und dann waren andere Sachen wichtiger, als ein Team einzuführen. Man hätte auf der einen Seite sagen können, Corona ist ja so eine Situation, aber wir waren noch überhaupt nicht bekannt. Noch gar nicht und wir kamen auch nicht mehr rein. Zu den Mitarbeitenden zu kommen, den zu erklären was wir machen, Vertrauen aufzubauen, das ist eigentlich die viel wichtigerer Arbeit als überhaupt da zu sein. Das ganze Gesprächsfähig zu machen. Die Leute gehen davon aus, Sie müssten das Schaffen bei Ihrer Arbeit. Wenn man sich dafür entscheidet, dann (unv. Störende Geräusche). Und das ist ja ein jahrelanger Prozess, an die Leute zu kommen und zu sagen: „Das ist Sinnvoll, das können wir machen, wir dürfen auch mal Hilfe in Anspruch nehmen.“ Und da kamen die überhaupt nicht zu, uns wollte keiner sehen. Es wurde umstrukturiert usw. und das ist auch wirklich schade.
- 28 I: Klar, sie haben es frisch angefangen und jetzt versuchen sie es zu etablieren und Schulungen durchzuführen.
- 29 B3: Diesen Teil zu koordinieren ist ja relativ einfach. Ich hol das Team vier Mal in Jahr zusammen, so haben wir das auch letztes Jahr gemacht, zwar digital, aber immerhin. Aber es ist auch traurig für das Team, welches sich erst zusammengefunden hat. Man möchte sich ja zusammensetzen. Die Schulungen nach SbE bestehen aus zwei ganzen Wochen. Letztes Jahr wurden wir für Einzelgespräche geschult, um einzelne Mitarbeitende unterstützen zu können und jetzt im August hoffentlich klappt das alles, findet die zweite Schulung endlich statt und zu Gruppengesprächen. (...) Wenn eine ganze Station etwas erlebt hat und die dann auffangen werden muss. Unsere beiden Hauptanfragen, die im letzten Jahr stattgefunden haben, waren zu Gruppengesprächen. Es waren gar nicht die Einzelgesprächen. Da wurden wir dann unterstützt, wir sind mit rein gegangen, aber wir konnten so was noch nicht auffangen, da wir noch nicht ausgebildet waren. Wir wollten es auf jeden Fall annehmen, um die Mitarbeitenden zu unterstützen und hatten zum Glück die Möglichkeit. Also alles gut.

30	I: Wie viele Unterstützungsfachkräfte haben Sie denn insgesamt?
31	B3: Peer heißt das bei uns. Also insgesamt waren 15 geplant, aber einer ist kurz vorher abgesprungen, den habe ich dann nicht mehr ersetzt bekommen. Auch dieses Auswahlverfahren, Mitarbeitende zu finden die sagen: „Ja, das mach ich schon noch nebenbei.“ Das ist nicht leicht, grade 15 haben wir zusammengesucht, die wir als geeignet empfunden haben. Einer ist vorher abgesprungen und einer hat den Arbeitsplatz gewechselt, der ist dann auch raus aus dem Team. So, dass wir 13 sind. 13 die ausgebildet sind und zwei bis drei die das fachlich noch mitteilen. Der Leiter von Institut der medizinischen Psychologie, der Leiter von der Rettungsstelle und eben der Koordinator im Land. Aber die zählen jetzt nicht wirklich zum Team, sondern die unterstützen das Fachlich.
32	I: Ok. Und haben sie eine bestimmte Zielgruppe oder kann es jeder annehmen.
33	B3: Da machen wir keinen Unterschied. Es kann ja auch eine Situation sein, jemand springt aus dem Fenster, das ist so das einfachste was man schnell erklären kann und dann läuft (unv.) daran vorbei. Oder auch Verwaltungsfachangestellte oder jemand der gerade da drüben was zu tun hat und deshalb machen wir keine Unterschiede. Die Situation muss passen für uns.
34	I: Wie melden sich die Leute bei Ihnen?
35	B3: Wir haben eine Notfallnummer, die ist auch immer auf mein Telefon gestellt. (Auslassung). Und das ist halt schwierig, das sind ja alles Ressourcen, die bezahlt werden müssen. Da gibt es bei den Kliniken auch keine Sonderregelungen, sondern da gibt es eine Charge wie man so was bezahlen kann und dann müsste ich genauso bezahlt werden wie der Arzt zum Beispiel und bezahlen Sie ständig eine Person nach Arzttarif, der im Notfalleinsatz ist. Das geht ja nicht. Es gibt aber auch kein Zwischending und da bei uns die Einsätze wirklich noch nicht hoch sind, wir wurden im letzten Jahr zweimal angefragt, oder sagen wir drei Einsätze, ein Einzelgespräch und zwei Gruppengespräche. Das ist keine hohe Frequenz, also das stört mich jetzt nicht in meinem Privatleben, wenn ich da alle halbe Jahre angerufen werde. Ich möchte, dass die Nummer immer besetzt ist und man mich erreichen kann, als Koordinatorin und sollte das irgendwann wirklich so sein, dass wir weit vorwärtsgekommen sind, dass hier alle Woche mal einer anruft, dann hat man auch das Recht zu sagen, guckt mal hier, ständig ruft einer an und jetzt müssen wir mal wirklich agieren. Das ist mit lieber als zu sagen, ok dann haben wir halt keine Notfallnummer, ich denke das würde die Schwelle noch höher setzen. Das man dann eine Mail schreiben muss, man ruft dann doch lieber mal an. Ich habe ja auch ein Büro, welches ich als klinisches Ethikkomitee ja sowieso habe und das wissen die Leute und dann können die Leute auch zu mir kommen. Also alle möglichen Wege.
36	I: Okay, super. Jetzt die Frage zu den Ressourcen. Sie haben schon gesagt, dass Sie ihre Mitarbeitenden geschult haben. Was mussten Sie noch an Ressourcen aufbringen?
37	B3: Das ist ja nach dem Peer-Gruppen-Ansatz gemacht. Also wir sind alle Mitarbeitende der Klinik, in irgendeiner Form. Die meisten kommen aus der Pflege, weil die am meisten Bedarf gesehen haben, wir haben leider keine Mediziner, aber wir haben Wissenschaftler und bei der Berufsgruppe, kann man sich auch vorstellen, dass die schnell von dem Büro wegkommen. Das hat natürlich ein Vorteil. Die wichtigste Ressource ist der Vorstand, der sagt: „Ja, brauchen wir, ist gut und machen wir“. Es ist ja ein bisschen verkehrte Welt, bei uns ist es ja von unten nach oben entstanden. Wir als Angestellter haben gesagt, wir brauchen das. Eigentlich muss das ja von oben kommen, es ist Aufgabe und mittlerweile verankert in sämtlichen Gesetzen, des Arbeitgebers, dass der die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden fördert und sichert.
38	I: Genau!

- 39 B3: Und da, wo er es nicht kann, dann auffängt, wenn irgendwas ist und im Krankenhaus kann man es auch nicht gewährleisten, dass man keine traumatischen Erlebnisse hat. Das ist aber auch bei den meisten Arbeitgebern noch nicht angekommen, egal ob Altenheim oder Krankenhaus etc.
- 40 I: Ja, habe ich auch gemerkt.
- 41 B3: Also entstehen diese Dinge in so einem Zwischen. Bei uns war es auch nicht von Anfang an klar, was man dafür braucht. Wichtig ist aber, die Zeit des Teams, die es investiert, ist Arbeitszeit. Das macht der Vorstand auch, aber es ist ein langer Weg. Das Teammitglied entscheidet sich das zu machen, Schwester XY und Sie muss das mit ihrer Stationsleitung klären und das sind alles Wege, da gibt es noch nichts Offizielles. Das ist für mich eine wichtige Ressource, die Offenheit im Haus, zu sagen, dass brauchen wir und da machen wir mit und da hat der Mitarbeiter auch ein gewisses Mitspracherecht. Das ist wichtig, das brauchen wir, dafür möchte ich mich einsetzen. Wenn dann die Stationsleitung sagt, das geht nicht, dann hat diejenige die Unterstützung [der Stationsleitung] halt nicht. Sie kann dann nicht mitmachen. Die Schulungen selber haben wir durch die Unfallkassen m.V/, dort haben wir die beantragt und das hat wiederum unsere fachliche Leitung gemacht, ich habe das praktisch umgesetzt, wie man an die Unfallkasse rankam. Die haben dann nur die Schulungen unterstützt. Damit hatten wir dann einen guten Startpunkt. Das Geld hätte für die Räumlichkeiten für eine Woche Schulungen nicht gereicht. Das waren dann die Ressourcen, die untereinander entstanden, das war dann der Rettungsleiter, der uns dann in die Räumlichkeiten gelassen hat. Ich brauche Gruppenräume und da reicht die finanzielle Ausstattung nicht sich einzumieten, da muss man gucken, dass es in einem miteinander geregelt wird. Schwierig ist es dann für den Einsatz ad hoc einen Raum zu kriegen. (Es werden Beispiele genannt). Das kann man aber auch niemanden vorhalten, da weiß ich auch nicht wie das gehen soll. Da es sehr individuell ist.
- 42 B3: (Kurze Zusammenfassung: Freiwillige Zusammenfinden, Räumlichkeiten schwierig, Ausbildung das teuerste, kostet circa 6.000 €). Aber der größte Faktor für eine Klinik ist die Ausfallzeit, schon allein, wenn ich vier Teamtreffen im Jahr habe, á vier Stunden und alle 13 Mitarbeitende nehmen an den vier Stunden teil, das kostet schon viel. Oder auch die Ausbildungswoche, dass das der Arbeitgeber macht, das wird auch gerne übersehen. Auch eine wichtige Ressource.
- 43 I: Aber auch ein gutes Zeichen, dass er es macht, denn wenn es andere nicht machen, dann ist es in ihrem Unternehmen schon mal ein Pluspunkt.
- 44 B3: Das nimmt der Angestellte auch manchmal gar nicht so wahr, dass das auch schon was ist.
- 45 I: Sollte man dann auch anmerken. Das es hohe Kosten sind und gut für den Mitarbeitenden ist.
- 46 B3: Klar. Da waren wir auch im Austausch mit der Klinik XY. Die haben wir dann auch hierhergeholt, um auch ein bisschen den praktischen Austausch zu haben, um nicht alle Fehler mitzunehmen, die man so zum Start macht. „Ihr habt das doch schon, welche Fehler können wir vermeiden.“ (Unv.). Ein großer Teil unserer Arbeit ist auch die Frühprävention, also dass man nicht nur die Akutversorgung macht, wenn etwas ist, sondern versucht in die Kliniken zu gehen, das ganze erstmal Gesprächsfähig zu machen, zu klären worauf zu achten ist bei solchen Dingen. Die Frage ist, wer macht das denn? Das schaffen die Leute nicht mit, da haben wir dann auch gekämpft, dass ich mehr Stellen kriege. Das ist auch schwierig, da verschiedene Leute auch zusammenarbeiten, auch das Institut der medizinischen Psychologie, da hätte es auch sehr gut hingepasst, da wären wir fachlicher geleitet und dann

findet man auch Informationen zu uns vom Institut für medizinische Psychologie, da gibt's noch einen Reiter für uns und da finden sie auch weitere Informationen.

47 I: Danke, für die Information. Gut zu wissen.

48 B3: Und ich mache auch eher das koordinative und wenn eine Anfrage zur Ethikberatung reinkommt, da muss ich dann auch immer schnell reagieren und eine Anfrage zur psychosozialen Notfallversorgung ist schon sehr ähnlich. Also es ist gut, dass wir es koordinativ hier angesiedelt haben und fachlich machen wir es dann mit dem Institut der medizinischen Psychologie.

49 I: Ok. (Zusammenfassung). Wie ist das Konzept aufgebaut? Wonach richten Sie sich da?

50 B3: Das Grundkonzept? Also, es ist ein amerikanisches Konzept. Aber da müsste ich nochmal nachschauen und würde es Ihnen dann nochmal schicken.

51 I: Okay. Super.

52 B3: Wichtig ist das man nach SbE, das ist eine bundesweite Organisation, die auch schon viele Jahre existiert und das amerikanische Modell, dieses in das Deutsche umgewandelt hat. Eigentlich ist es für außerklinische Bereiche und in den letzten Jahren versuchen Sie es zu adaptieren in den klinischen Bereich. Da gibt es auch das Konzept und es ist wichtig das zu verfolgen, da es ein Laienkonzept ist und das man sich an diesem Konzept ran hangelt und das Gespräch immer dort wieder hinführt. Man kann akut nur ein bestimmtes Angebot liefern und man kann sie nur auffangen. Das versuchen wir auch umzusetzen, also diese Sicherheit geben. Das Konzept hat verschiedene Säulen wie Sicherheit geben, Informationen geben, Normalisierung zu geben. Aber auch Aufklärung bieten, was traumatische Ereignisse sind und auch eine Perspektive geben. Das ist dann der Inhalt, den man versucht in dem Konzept zu verinnerlichen.

53 I: Bieten Sie dann ein Gespräch an und dann noch ein Folgegespräch oder ist es nach einem Gespräch abgehakt? Oder entscheidet das auch der Klient oder die Klientin, wenn dieser oder diese sich dann immer noch nicht gut fühlt nach einem Gespräch?

54 B3: Bei dem Einzelgespräch ist es wirklich nur das Einzelgespräch nach dem Ereignis, immer aber noch mit einer Nachfrage circa zwei Wochen nach dem Gespräch. Das ist dann auch wieder meine Aufgabe. Das wird dann auch im Team besprochen, und das Teammitglied gibt Bescheid, ob alles in Ordnung war oder ob er sich dann noch unsicher ist. Da können wir auch mehr dazu holen und rufen denjenigen nochmal an. Aber das schätzt dann das Teammitglied ein. Wir sind sehr gut vernetzt mit allen Angeboten, die es hier so gibt. Es ist dann die Aufgabe im Gespräch auch einzuschätzen geht es demjenigen gut oder nicht und dann müssen wir zusammen überlegen wie machen wir weiter. In der Regel sonst zwei Wochen später noch einen Anruf, ob alles in Ordnung ist. Bei Gruppengesprächen ist es nochmal ein bisschen anders, da hat man erstmal das Gruppengespräch und da gibt es in dem Konzept wie Abschlussgespräche.

55 I: Okay.

56 B3: Es kann ja passieren, dass jemand auf der Station ausflippt und gewalttätig ist und in der Situation muss man natürlich handeln, danach ist die Station total fertig und hinterher werden wir dann angerufen. Da hat man das Gruppengespräch und da gehen immer drei mit in das Gespräch einer führt das und zwei haben dann eine beobachtende Rolle. Und da ist die Aufgabe, brauchen die jetzt mehr. Waren da jetzt Leute dabei, die einen total komischen Eindruck gemacht haben. Die holt man sich dann in ein Einzelgespräch und bietet es Ihnen an.

Und danach auch wieder zwei Wochen später anzurufen, je nachdem wer Fallgeber war, Stationsleitung oder so. Es wird nachgefragt: „Wie geht es Ihrem Team? Ist da noch was notwendig? Können wir noch was bieten oder jemand anderes?“. Wir haben so drei Kerne, die primär Prävention was vorher kommt, dann die Intervention im Fall und das dritte ist dann zu gucken, was braucht derjenige noch. Also der Kontakt zu professionellen Ansprechpartnern. Das daraus dann eine Erkrankung entsteht ist eher selten und wir wollen die Leute ja auch nicht alle krank machen. Aber man muss ein Auge darauf haben.

- 57 I: Haben sie es noch nicht erlebt, dass jemand nach einem traumatischen Erlebnis dann krank war und auch nicht zur Arbeit gehen konnte?
- 58 B3: Wir machen das ja erst seit einem Jahr. Und eine psychische Traumatisierung findet auch erst Jahre später statt. Das ist aber auch eine wichtige Komponente zu dokumentieren, wenn jemand so etwas erlebt hat, sagen wir auch immer, die sollen das auch dokumentieren und es gibt auch spezielle Formulare dafür, damit man das dokumentieren kann. Falls nach Jahren dann etwas ist, dass man das zurückverfolgen kann. Damit derjenige dann auch Versicherungstechnisch versorgt ist.
- 59 I: Ok und evaluiert haben Sie die Gespräche schon einmal?
- 60 B3: Ne, noch gar nicht. Nur der Anruf nach zwei Wochen. Wir haben da jetzt noch kein standardisiertes Vorgehen. Das braucht man eigentlich und das Problem ist einfach, dass die Anfragen auch zu unterschiedlich dafür sind. (...) Es ist schwierig das Ganze zu evaluieren. In den Gruppengesprächen kam hinterher raus, dass beide gesagt haben, dass sie mehr erwartet hätten. „Im Endeffekt haben wir nur so erzählt“. Das ist bei der Ethikberatung genauso, da den Leuten zu erklären, wir sind dafür geschult und wir haben die entsprechende Ausbildung und wir haben uns damit auch lange beschäftigt. Das hat schon einen Sinn was wir machen. Das ist ganz schwierig, weil die Leute ihre eigene Vorstellung davon haben, gerade was psychische Sachen angeht.
- 61 I: (Zustimmung)
- 62 B3: Das ist aber auch ganz schwierig ein gutes Evaluationskonzept zu haben, das würde ich gerne mitnehmen (Lacht).
- 63 I: (Lacht)
- 64 B3: Aber allein schon das Fürsorgeprinzip, dass jemand da ist vom Arbeitgeber und dass man eben nicht alleine ist. Und die Arbeitsbedingungen sind schwierig und zu Hause versteh das auch keiner so wirklich. Da ist jemand und da kommt einer im Akutfall und da sorgen wir für und der Arbeitgeber und das sind Kollegen und Kolleginnen, die das machen und das finde ich an sich schon total wertvoll. Aber dafür muss sich erstmal ein Verständnis für entwickeln und dafür muss ich mich mit den Leuten unterhalten haben.
- 65 I: (Wiederholt das gesagte). Das ist aber auch ein sehr interessanter Punkt. Den werde ich mir auf jeden Fall merken. Das werde ich im Hinterkopf behalten und in der Arbeit noch anmerken.
- 66 B3: Ich war auch grad neulich auf einer Station, weil ich das klinische Ethikkomitee vorstellen wollte und dann hat sich in dem Gespräch herausgestellt, dass das Problem, das die hatten, weshalb ich gerufen wurde, eigentlich eins war zur psychosozialen Notfallversorgung. Die wussten auch nicht, dass es so was überhaupt gibt. Ich kann Ihnen das auch nicht vorhalten, wie gesagt, wie starteten im Januar, dann war Corona, ich kam kaum ran und auch wenn ich den Stationsleitungen immer mal schreibe, dass es uns gibt und darf ich mal zu euch kommen, dann bekommen die meisten Pflegekräfte schon gar nichts mit, weil ich in den meisten Fällen

auch nicht eingeladen werde. Da die eine Veranstaltung, die angeboten wird, immer zu voll mit anderen Themen ist. Da ist für uns zu wenig Zeit. Dann habe ich den das auf jeden Fall erzählt und dann war da ein Aha-Erlebnis, aber dann wurde gesagt: „Da kommt ja keiner“. Und diese Aufklärung gehört auch dazu. Das ist ja auch immer individuell, der eine Pflegenden sagt: „Ich habe das schon 20-mal erlebt und es macht mir gar nichts“ und die andere sagt: „Sie sah aus wie meine Mutter und das ist total schrecklich“. Das kann der Arbeitgeber nicht wissen und auch nicht einfach immer jemanden losschicken. Deswegen muss da auch Eigeninitiative kommen. Deswegen ist diese Voraufklärung auch so wichtig, zu sagen, achtet aufeinander, achtet auf euch selber, denn das initiale uns zu rufen, das kann nur von den Pflegenden kommen und das kann nicht der Arbeitgeber wissen und sagen ich schick mal wen. Das ist aber auch die Erwartungshaltung manchmal und das dann in die Pflege zu emanzipieren, weil das ist auch etwas das in den letzten Jahren auch erst kam und auch immer mehr aufkommt, egal ob psychosoziale Notfallversorgung oder andere Themen wie Resilienz sind und da der Pflege beizubringen, da seid ihr auch für euch selber und macht euch stark und kümmert euch auch um diese Seite des Berufs und das ist dann noch ein langer Weg.

67 I: Das ist noch ein langer Weg, oh ja.

68 B3: Bei den Ärzten ist es dann nochmal ganz anders! Da würde ich mich erstmal auf die Pflegenden konzentrieren.

69 I: (Lacht) Ja! Ja, klar. Da wäre auch schon meine letzte Frage: Was fehlt ihnen generell in dem Unterstützungsangebot oder auch generell für Menschen die traumatische Erlebnisse hatten. Gibt es da Punkte, die sie noch speziell erwähnen möchten.

70 B3: Generell die Offenheit, in der Gesellschaft oder auch bei den Krankenhausangestellten. Selbst wenn wir jetzt sagen, wir machen unser Ding und der Vorstand sagt es ist Ok und der wechselt ja auch immer mal und dann muss man dann zum Nächsten. Wir sind ein Instrument was sie nutzen sollten, das ist toll. Auch wenn der Vorstand dann sagt, das ist super und ab nach vorne, aber diese Offenheit muss dann von jedem selber kommen und da hat man viele Stationen dabei mit: „Brauchen wir nicht und was soll das denn und ist wieder nur so ein Angebot“, vielleicht wirkt es auch draufgesetzt, weil jetzt Corona war. Ich habe lange in einer Demenzabteilung gearbeitet und die Menschen wollten nie dahin, weil wenn man dahin kommt, ist man ja verrückt. Und wenn man das wegstreift, genauso wie ich zum Betriebsarzt gehen kann, wenn mir was auf den Fuß gefallen ist, kann ich mir auch Hilfe holen, wenn mir psychisch etwas quer läuft und ich das nicht gut verarbeite. Wenn die Offenheit wäre, dann würde man mehr in Anspruch genommen werden, besonders auch das kollegiale Miteinander, das kann meines Erachtens nur gut sein und dann wird auch die Unterstützung größer. Das ist so ein Kämpfen auf beiden Seiten. Wir haben das aufgestellt, wir müssen dem Vorstand sagen, dass es notwendig ist, denn es nimmt ja gar keiner in Anspruch und auf den Stationen und bei den Ärzten müssen wir Türklinken putzen, obwohl das eigentlich eine gute Sache ist. Deswegen ist das Wichtigste die Offenheit und das Auseinandersetzen mit psychischen Problemen auch in der Arbeitswelt und auch in einer Klinik. Das ist so die wichtigste Ressource, die so die Wege öffnet. Gerade bei dem Peer Ansatz muss es im Team stimmen und die Offenheit muss da sein und da einen guten Weg finden ist sehr schwierig. Es kann ja auch unterschiedlich angesiedelt werden, bei der Arbeitssicherheit, beim Gesundheitswesen, beim Institut, das haben ja auch einige die klinische Psychologie, dass es die Psychologen leiten, es kann bei Kek, bei der Seelsorge oder sonst wo und je nachdem wo es angesiedelt ist, sind die Unterschiede riesengroß. Und jede Klinik, hat dann da auch andere Strukturen.

71 I: Dann haben wir es eigentlich schon geschafft. Alle Informationen, die ich brauche.

72 Verabschiedung

## B4\_Uniklinik\_Bonn

1	<b>Interview Universitätsklinik Bonn</b>
2	I: Interviewerin B4: Befragte
3	Vorstellung.
4	(Austausch über die Bachelorarbeit)
5	Aus diesem Gespräch heraus:
6	B4: Die DGVU haben uns auch damals beraten als wir das Team aufgestellt haben, da z.B. über die DGVU sichergestellt ist, dass jemand hinterher therapeutische Behandlung braucht, was gar nicht mal so häufig vorkommt wie wir es damals dachten. Wir hatten da große Sorge bei den Mitarbeitenden, dass die alle Nachversorgung brauchen und das ist gar nicht so. Die Krisenintervention wirkt auch schon allein für sich und es ist nicht so dass ein großer Prozentsatz nach weiteren Maßnahmen fragt, manche natürlich schon, aber viele auch nicht und man hat überhaupt das Problem an Therapeuten zu kommen, gerade im Trauma Bereich, weil die auf Privatrechnung arbeiten, oder man kriegt nach einem Jahr oder 1 ½ Jahren einen Termin und das ist natürlich nicht so günstig in der Traumabearbeitung (Lacht).
7	I: Das ist nicht gut.
8	B4: Und über die DGVU, die Stellen dann sicher, dass man fünf probatorische Sitzungen ziemlich zügig bekommen kann.
9	I: Schön! Das ist sehr gut. Und da sind sie eng mit denen in Kontakt?
10	B4: Inzwischen nicht mehr so. Wir haben sie anfangs mal befragt, wie es denn ist und ob es da Unterstützungsmöglichkeiten gibt und die haben da auch ein paar Veröffentlichungen tatsächlich zu Trauma Versorgung im Gesundheitswesen, die haben auch einen Kongress dazu gemacht, da waren wir damals. Von den haben wir uns eher Informationen geholt und jetzt läuft es bei uns. Wir haben ja einen betriebsärztlichen Dienst, das heißt immer dann, wenn bei uns tatsächlich etwas in pathologisches Ausmaß dann hinterher manifestiert, dann arbeiten wir mit unserem betriebsärztlichen Dienst zusammen und die haben dann die entsprechenden Kontakte.
11	I: [Unterbrechung] Sie wollten dazu noch was sagen?
12	B4: Ja. Es ist tatsächlich so, dass das vor 10 Jahren als wir angefangen haben, waren wir ziemlich alleine. In XY/, also die in XY waren da schon immer sehr aktiv und dann gabs noch ein, zwei kleinere Einrichtungen und jetzt gibt es ein Netzwerk über die DIVI, wo sich alle Kliniken zusammengetan haben in der Sektion klinische Krisenintervention und auch sehr aktiv sind und da hat sich herausgestellt, dass zwei Kliniken ungefähr zeitgleich mit uns angefangen haben. Eine psychiatrisch ausgerichtete Einrichtung und das andere war auch eine Uniklinik. Wir waren da schon Vorreiter und das wahrscheinlich durch unseren Pflegedirektor, der aus XX kam und es daher schon kannte.

- 13 I: Ja, sehr gut. Dann weiß ich jetzt schon bisschen Bescheid. Dann fang ich direkt mal mit der ersten Frage an. Wie sind die darauf gekommen eine Krisenintervention aufzubauen und was hat sie veranlasst?
- 14 B4: Tatsächlich ist es bei uns von verschiedenen Seiten initiiert worden, und zwar zum einen von unserem Pflegedirektor, der das unbedingt wollte, dann über unser Notfallzentrum, das es unbedingt brauchte. Unser Leiter des Notfallzentrums hat gesagt: „Ihm fehlt da was“, es war so, er hat derart steigende Fallzahlen gehabt/. Das Notfallzentrum ist 2007 eröffnet worden und dann gab es da steigende Fallzahlen und so ging es nicht weiter. Wir brauchen Unterstützung auch für die Angehörigen der traumatisierten Patienten, die kommen und das nicht über psychiatrische Konsile, sondern über eine kurzfristige Unterstützung. Es war noch gar nicht ganz klar, was wir eigentlich wollen. Es war nur klar, die brauchen was, der Pflegedirektor will was und dann hatten wir gleichzeitig das Problem, dass unsere Klinikseelsorge, die das bis dato mit aufgefangen hat, zum einen gesagt hat, dass wird Ihnen auch zu viel mit dem Notfallzentrum und der Anzahl mit Menschen mit schwersten Verletzungen und potenziell traumatischen Ereignissen, die dann kommen mit Verwandtschaft, also mit Angehörigen und die auch gleichzeitig noch gesagt haben, die können die Nächte nicht mehr mit abdecken.
- 15 I: Okay.
- 16 B4: Also einfach aufgrund von der Besetzung und des Alters der Menschen die dort tätig waren. Es war so eine Kombination aus, dem einen ist es klar geworden er braucht es, dem nächsten ist es klar geworden er will es und der dritte hat gesagt ich kanns aber nicht leisten. Für ein Projekt ist das natürlich eine super Grundlage (Lachen). Man hat Unterstützer zum einen von denen die es bislang gemacht haben, man hat Unterstützung von jemanden der es entscheiden kann, denn der Pflegedirektor ist auch bei uns im Vorstand und wir haben auch jemanden der wichtig ist im Unternehmen, der es unbedingt braucht. Das war natürlich eine super Voraussetzung und gleichzeitig kam ich neu ins Unternehmen als Psychologin und hatte vorher nichts mit klinischer Psychologie zu tun, aber es passte alles zusammen und dann haben wir eine Projektgruppe gegründet auch interdisziplinär wo diese ganzen Gruppen vertreten waren, also die Pflege, Ärzteschaft vertreten waren, da war der Leiter des Notfallzentrums vertreten, die Klinikseelsorge und wir haben ziemlich schnell die Information gehabt, dass wir einen Mitarbeiter im Klinikum hatten, der schon ausgebildeter Kriseninterventionshelfer war und aktiv war bei der Notfallseelsorge XX. Den haben wir auch sehr schnell beratend mit dazu geholt, er kam auch aus der Pflege, war ursprünglich Krankenpfleger und durch ihn wiederrum und das ist eine enge Kooperation, die wir noch bis heute pflegen haben wir auch beratend die Notfallseelsorge XX aufgenommen. Da gibt es einen katholischen und evangelischen Leiter und die sind für uns auch immer Ansprechpartner gewesen und haben uns da sehr geholfen bei der Strukturierung, weil wir auch gesagt haben, es muss anschlussfähig sein. (...) Die Dinge, die bei uns auflaufen im Klinikum, gerade wenn wir an Notfallmedizin denken, die passieren auf der Straße und kommen dann zu uns. Dann ist es so das Angehörige auf der Straße begleitet wurden, weil die Notfallseelsorge schon vor Ort war und sich um die Angehörige gekümmert hat und am Klinikeingang hat das Angebot aufgehört.
- 17 I: Oh.
- 18 B4: Genau, manchmal sind die mit reingekommen, manchmal haben die auch gedacht sie dürfen nicht mit rein, mache Stationsleitungen dachten auch das geht nicht. Das war alles noch sehr ungeklärt, wie diese Schnittstelle funktioniert zwischen Präklinik und Klinik und wenn wir das dann anbieten, dann muss es ja auch anschlussfähig sein, an das was in der Präklinik passiert. Das war dann auch optimal, dadurch hatten wir dann die Strukturen der Notfallseelsorge mit den wir super offen zusammengearbeitet haben, die haben uns da alles zur Verfügung gestellt bis hin zum Einsatzprotokoll, was wir übernommen haben in der ersten Zeit. Wir haben es dann nach und nach angepasst, aber am Anfang haben wir mit den Instrumenten der Notfallseelsorge gearbeitet und auch die erste Ausbildung haben wir über die

Notfallseelsorge gemacht. Die ersten Mitarbeiter sind mit über die Notfallseelsorge ausgebildet worden, bzw. damals war es in der Kooperation mit denen. Wir durften auch Einsätze mitmachen bei der Notfallseelsorge, es gab ja keinen bei dem man hätte Hospitieren können, es gab nichts. In den Anfängen war es sehr wichtig, dass sie mit dabei waren und uns unterstützt haben und bis heute ist es noch eine sehr partnerschaftliche Zusammenarbeit und unterstützen uns da auch gegenseitig und haben inzwischen auch ein Konzept, wenn wir die Versorgung nicht gewährleisten können, dass ganz offiziell die Notfallseelsorge mit ins Haus gerufen wird.

19 I: Okay, sehr gut. Und so ist es dann entstanden, vor Zehn Jahren war das?

20 B4: Ja, genau. Das war 2011. Und dann ging es erstmal los.

21 I: Ist es in Ihrer Klinik denn für jeden gedacht?

22 B4: Ja. Also, es hat sich verändert. Am Anfang sind wir dem Ratschlag der Notfallseelsorge gefolgt und damit sind wir auch sehr gut angefangen. Am Anfang haben wir nur Patienten und Angehörige begleitet. Das lag daran, dass die Interventionen, die man üblicher Weise macht in der Krisenintervention, sich doch etwas unterscheiden. Wenn ich Patienten und Angehörige begleite oder wenn ich Peer-Support anbiete, das ist anders und da brauchen auch die Mitarbeiter, die das tun anderen Input und das haben wir uns am Anfang einfach nicht getraut. (...) Wir wussten es am Anfang nicht, wenn wir Mitarbeiter begleiten, können wir dann Folgeversorgung gewährleisten, können wir das überhaupt? Deswegen haben wir am Anfang gesagt wir fokussieren uns erstmal nur in der Implementierungsphase nur auf Patienten und Angehörige. Sprich damit sind auch alle anderen damit rausgefallen, gleichzeitig war aber klar, wenn es Krisensituationen mit Mitarbeiter gibt, dann ist auch immer noch eine Seelsorge dagewesen, die auch immer schon Notfallseelsorge mitgemacht hat. Es war klar, dass es noch nicht optimal abgedeckt ist, aber es war auch klar, da gibt es nicht nichts, sondern da ist auch bisschen schon was im Unternehmen. Das waren die ersten drei bis vier Jahre, da haben wir uns nur darauf fokussiert und dann ist eine Evaluation gelaufen und durch ein Vorstandsbeschluss und der Vorstand hat sich das auch explizit gewünscht. Was bei uns dann dazu geführt hat, dass wir dann noch einen extremen Schub bekommen haben, war wieder eine akute Krisensituation. Ganz am Anfang war es die Entwicklung des Notfallzentrums und in dieser Evaluationsphase, wo es darum ging, wie wird das Team weiter etabliert im Unternehmen und in welche Richtung soll es gehen, hatten wir einen schlimmen Krisenfall in einem Verwaltungsbereich bei uns.

23 I: Ok.

24 B4: Da hat sich herausgestellt, dass die Begleitung dieses Bereichs nicht hinreichend gewährleistet werden konnte. Da ist einem Mitarbeiter etwas schlimmes passiert und der ganze Bereich hat darunter gelitten und war nicht mehr arbeitsfähig. Das haben wir gar nicht so ganz selten, das denkt man immer, aber es kommt wirklich gar nicht mal so selten vor, dass Mitarbeiter auch bei uns in Behandlung sind und auch mit schwersten Erkrankungen. Das passiert nicht nur in der Verwaltung, sondern das passiert auch in der Pflege und das haben wir immer wieder, dass Mitarbeitern etwas schlimmes passiert und ganze Bereiche dann nicht arbeitsfähig sind. Damals war es so, dass es so schwer war, dass der ganze Bereich auseinandergebrochen ist. Da hat der Vorstand dann gesagt, warum können sie das denn nicht mitbegleiten? Da musste ich sagen, die Mitarbeiter sind dafür nicht ausgebildet und ich muss die Mitarbeiter schützen und kann sie nicht in Situationen schicken, für die sie nicht vorbereitet sind und das war dann auch alles gut und dann ist das auch anders abgewickelt worden, da gab es dann eine Unterstützung von extern, aber der Vorstand hat dann gesagt, wir wollen das Team weiter ausbauen, das solche Sachen mit abgedeckt sind. Seitdem haben wir in der Ausbildung explizit auch die Mitarbeiterbegleitung mit drin und haben auch das Vertrauen daran, dass wir das leisten können, weil es eben nicht um eine kontinuierliche Beratung geht, sondern um die Stabilisierung in der akuten Krisensituation und das funktioniert

tatsächlich relativ ähnlich und das Einzige, was noch so dazu kam, war diese Gruppensituation im Arbeitskontext, also der Peer-Support, wenn viele Betroffen sind. Das haben wir auch ganz intensiv mit in der Ausbildung drinnen, sodass auch das vom Team mit abgedeckt werden kann. Seit 2016 sind wir für alle zuständig, theoretisch auch immer. Es gab da auch eine mehrstufige Entwicklung, am Anfang hatten wir nur die Nächte abgedeckt, irgendwann ist das ausgeweitet und inzwischen ist es so, dass wir im Rufdienst arbeiten, ab 16 Uhr bis morgens um 6 Uhr und die Zeit dazwischen wird auch abgedeckt, nur nicht vom Rufdienst, sondern von direkten Ansprechpartnern, bei denen man sich in der Regelarbeitszeit melden kann. Das muss man sich so vorstellen, unsere Mitarbeiter sind rekrutiert aus allen Berufsgruppen, wir haben Pflegenden, Büromitarbeiter, Ergotherapeuten. Aus jeder Berufsgruppe kann dort jemand mitmachen. Die Büromitarbeiter können das durchaus möglich machen, wenn dann jemand anruft und sagt ich habe eine ganz akute Krise, wir brauchen jemanden, dass von denjenigen, die sonst im Büro arbeiten dort einer hinget und das begleitet. Das geht in der Pflege und bei den Ärzten natürlich nicht so gut, denn die können nicht einfach weg, die sind meistens eh immer so knapp, dass das eben nicht so einfach möglich ist. Wir haben jetzt ein recht großes Team inzwischen.

25 I: Wie viele sind Sie insgesamt?

26 B4: Wir bilden grad neu aus, deshalb bin ich so im Zwiespalt was ich jetzt sage. (...) Es sind gerade 20 Teilnehmer in der Ausbildung. Von denen gehen aber nicht alle mit ins Team, viele merken in der Ausbildung das ist doch nichts für Sie. Sie können es nicht oder wir merken das geht eigentlich nicht, da es schon eine besondere Aufgabe ist. Zwischen 10 und 15 Mitarbeiter sind fest im Stamm plus die, die ausgebildet werden, das wird dann so zwischen 20 und 30 Mitarbeiter haben. Die machen das alle On Top zu ihrer eigentlichen Arbeit und bekommen eine Aufwandsentschädigung dafür, wenn sie Einsätze haben.

27 I: Ah, okay. Wie genau kann ich mir das vorstellen?

28 B4: Die Mitarbeiterbegleitung passiert oft in der Arbeitszeit, da die Dinge passieren, wenn die Leute vor Ort sind. Das Team bietet aber eine 24 Stunden Betreuung, wobei eben davon einige Stunden über Rufbereitschaft abgedeckt sind und andere über die direkte Ansprache und dann auch nur wenn es geht. Die Rufbereitschaftszeiten machen alle außerhalb der Arbeitszeiten. Das war nicht einfach zu strukturieren, damit es vom Arbeitszeitgesetz funktioniert, es geht aber. Gerade bei denen, die im Schichtdienst sind, schauen wir immer, dass sie sich an dem Tag nach dem Rufdienst keinen Frühdienst eintragen, sondern erst den Spätdienst. Es ist auch so, dass man die Rufbereitschaftszeiten machen darf und dann wieder arbeiten gehen darf, wenn man nicht gerufen wird. Probleme mit dem Arbeitszeitgesetz bekommt man nur wenn man dann gerufen wird, und da schauen wir bei der Planung, dass wir es bestmöglich vorbeugen, damit das nicht passiert. Aber im Prinzip machen die das alle On Top zu ihrem eigentlichen Auftrag und auch außerhalb der eigentlichen Dienstzeit.

29 I: Oh. Okay. Da merkt man ja, dass die Bereitschaft total dafür da ist und ich stell mir grade die Pflegekräfte vor, die sich denken ich mach da jetzt mit, obwohl man sowieso einen sehr stressigen Job hat und es zeigt, wie wichtig das für die Pflegekräfte ist.

30 B4: Genau, aber das hat in unserem Unternehmen ein bisschen gedauert, bis es so war. Es ist nicht unbedingt das Selbstverständnis der Pflege zu sagen, diesen Teil können wir nicht abdecken, mach das mal jemand anderes. Es ist bei uns immer noch, dass die Pflege sagt, wir sehen natürlich auch die Begleitung der Patienten und Angehörigen als eine Kernaufgabe in der Pflege. Trotz alledem gibt es dennoch Situationen, wo das die medizinische Versorgung gar nicht erlaubt, weil das ganze Behandlungsteam so eingebunden ist in die Versorgung, dass die Angehörigen nicht mehr gut begleitet werden können oder das macht Stress und das spüren die Pflegenden auch. Seit es dann auch unser Team gibt, besonders auch die Stationen, die das oft nutzen, spüren wie erleichternd das ist. Wenn da jemand ist, der das übernimmt. Wir haben viele aus dem Team, die vorher Nutzer dessen waren und die dann

gemerkt haben, wie gut das tut und wie wichtig das ist und da auch mitmachen wollen. Wir haben tatsächlich keine Rekrutierungsprobleme. Wir haben manchmal Probleme damit, durch diese Belastung, die durch diese Arbeit passiert, die nicht unerheblich ist. Wir haben einen festen Kern und der macht das auch schon seit Anfang an und dann gibt es auch immer wieder Menschen, die wegbrechen, da eine persönliche Krise stattgefunden hat und diese Person dann sagt sie kann es nicht mehr durchführen und es gab auch schon jemanden der hatte ein Einsatz und konnte sich das nach dem Einsatz nicht vorstellen zu machen. Bei uns ist es ganz klar, die bekommen die Ausbildung finanziert und es ist eine teure und gute Ausbildung und die Leute verpflichten sich dann schon im Team mitzumachen, nicht nur die Ausbildung zu machen und dann zu gehen, aber wenn aus welchen Gründen auch immer jemand aussteigen möchte oder wir sagen es geht nicht mehr, dann ist das jeder Zeit möglich, ohne dass da Regress passiert. Wir können niemanden etwas sagen, wenn jemand gerade persönlich z.B. die Mutter verloren hat und dann kann derjenige nicht mehr mitmachen und dann sagen wir dem: „Du musst das aber machen“. Das geht ja nicht. Wir haben schon eine Fluktuation im Team, aber wenn wir ausbilden, dann ist es auch so, dass wir es immer gut vollkriegen und viele Interessierte im Haus die da mitmachen wollen.

31 I: Zu der Zielgruppe, haben sie da Stationen oder Bereiche, die das häufiger in Anspruch nehmen?

32 B4: Ja. Das ist auch alles veröffentlicht. Es gibt einen Bericht in der Notfall- und Rettungsmedizin wo alle Zahlen veröffentlicht sind. Die Bereiche, wo wir gedacht haben, dass diese die am meisten Nutzen werden, sind auch die Bereiche, die das auch anfordern. Das ist das Notfallzentrum und es sind die Intensivstationen. Wir hatten z.B. viele Anfragen aus der Augenklinik, weil dort ein Mitarbeiter gearbeitet hat und für uns Werbung gemacht hat und dort haben die Kollegen auch gesagt, da nutzen wir es auch. Das hat sich aber auch geändert, es ist schon so das 50 % von der Notfall- und Intensivmedizin kommt und die anderen 50 % verteilt sich. Es sind auch viele Mitarbeiterereinsätze jetzt, da schätze ich so 20 %.

33 I: Wie kann ich mir das dann vorstellen, jemand erlebt eine kritische Situation und dann werden sie angerufen oder wenn dann jemand mit im Team ist, wird auch von ihm geholfen? Gibt es da einen formalen Weg?

34 B4: Es ist so das zu den Zeiten, wo Rufbereitschaft ist, gibt es einen ganz formalen Weg. Sobald eine Krisensituation passiert, wo die Station sagt, dass überfordert uns, wir brauchen da Hilfe. Dann rufen die entweder bei uns in der Telefonzentrale oder den Tresen im Notfallzentrum an. Wobei es mittlerweile nur noch über die Telefonzentrale geht. Die haben einen Rufplan hinterlegt, wo drinsteht, wer aus dem Team gerade Rufbereitschaft hat. Wir rufen dann bei dem Teammitglied, der gerade Rufbereitschaft hat an und der kommt sofort. Unser Ziel ist es immer in max. einer halben oder dreiviertel Stunde vor Ort zu sein. Das ist ein System was sich sehr gut etabliert hat und gut funktioniert. Der zweite Weg ist, dass wenn es nicht in der Zeit der Rufbereitschaft passiert, die sich dann direkt an die Teamleitung wenden und die dann selber den Einsatz übernimmt oder dann guckt, wer aus dem Team angefragt werden kann.

35 I: Okay. Ja super. Wie sieht es mit den Inhalten aus? Sie haben schon die Ausbildung erwähnt. Gibt es da ein spezielles Konzept oder spezielle Inhalte?

36 B4: Es ist so, dass es keine Ausbildungsstandards für die klinische Krisenintervention gibt. Es gibt aber inzwischen konsolidierte Standards, die von der Notfallseelsorge für die Präklinik entwickelt wurden. Bei uns hat sich die Ausbildung auch sehr verändert, am Anfang haben wir nur die Ausbildung der Notfallseelsorge in der Präklinik mitgemacht, das reichte aber nicht. Wir haben noch explizite andere Bedarfe, die dazukommen müssen und haben das Konzept dann entsprechend weiterentwickelt und inzwischen arbeiten wir mit einem Institut zusammen aus Hamburg, die sich auf psychologische Notfallversorgung spezialisiert haben. Mit den haben wir

eine Ausbildung entwickelt, die als Leitplanke die Ausbildungsrichtlinien der Präklinik hat, aber es gibt nichts anderes für den klinischen Bereich.

37 I: Okay. Gut zu wissen auf jeden Fall. Demnach ist es von Krankenhaus individuell und es ist auch kein Muss es zu haben.

38 B4: Genau, bei uns war es so, dass wirklich der Bedarf aus der Praxis vorhanden war. Es ist ein Projekt, dass mit relativ wenigen Ressourcen für uns eine lange Zeit ein Alleinstellungsmerkmal war. Wir haben viel Publiziert und es war uns wichtig darüber zu sprechen, weil es eine Besonderheit auch des Hauses war, dass wir das so anbieten. Das ist ein ganz wichtiger Faktor auch menschlich aber auch natürlich unternehmerisch gedacht.

39 I: Haben sie die das Unterstützungsangebot auch evaluiert?

40 B4: Es ist nicht einfach Krisenintervention zu evaluieren. Das Outcome ist immer schwierig, man kann ganz schlecht dann nach drei Jahren anzurufen und zu fragen, hat es geholfen oder haben Sie ein Trauma entwickelt. Das ist natürlich ein sehr sensibler Bereich. Man muss da auch vorsichtig sein, was eine Retraumatisierung angeht, wenn da jemand war der eine schlimme Krise erlebt hat und es lange gedauert hat, um diese zu bewältigen und dann ruft jemand an aus dem Bereich, wo das damals passiert ist, und möchte die Person dann Befragen, dann kann es passieren, dass die Person dann in die Situation zurückfällt. Wir wollen deshalb keine Evaluation der Wirksamkeit. (...) Was wir evaluieren und das in unterschiedlichen Formen/. Wir haben schon evaluiert wie die Auswirkungen auf die Stationsteams ist. Wie viel Entlastung bringt es für die Teams, wenn dort jemand mit reingeht. Wir evaluieren regelmäßig unsere Zahlen, die wir haben. Wie entwickeln sich die Zahlen, wer ruft uns, wann. Bei der Dokumentation ist immer auch eine Einschätzung zur Wirksamkeit der Intervention dabei. Die Mitarbeiter tragen mit ein, ob Sie den Einsatz als sinnvoll erlebt haben, wen sie als Kooperativ erlebt haben, oder wo es Schwierigkeiten gab. Es gibt noch einen Freitext, welchen wir auch Inhaltsanalytisch ausgewertet haben. Wir versuchen das alles so auszuwerten, ohne in diesen sensiblen Bereich zu gehen.

41 I: Sehr gut, das hilft mir sehr weiter. Meine letzte Frage ist, was fehlt ihnen noch generell oder in ihrem Krankenhaus in der Unterstützungsangeboten?

42 B4: Es fehlt eine ganze Menge. Wir sind sehr zufrieden was wir aufgebaut haben. Nicht nur wir als Akteure, sondern auch von Nutzerseite her. Demnach sind wir schon einen großen Schritt weiter alle andere Häuser, die zum Beispiel gerade erst in der Aufbauphase sind. Bei uns ist die Implementierung passiert und die Etablierung. Es hat bei uns schon den Projektstatus verlassen, es ist eine fest etablierte Einheit im Haus. Was wir auch haben sind entsprechende Einsatzzahlen, die für uns zeigen, dass wir angenommen sind. Wir sind so bei 80 Einsätze pro Jahr. Das ist nicht jeden Tag, aber es ist so, dass wir sehr regelmäßig gerufen werden. Wir setzen erst an, wenn die Krise passiert und was den Peer-Support angeht, fehlt und noch der präventive Ansatz, sprich welche Strukturen bieten wir den Mitarbeitern, damit sie besser mit Krisen umgehen können, dass sie für die Krise gut aufgestellt sind, damit sie in der potenziellen krisenhaften Situation, gar nicht in die Überforderung kommen. Da fehlt es noch und wo wir gerade dran sind, ist es den Peer-Support mehr aufzubauen für die Mitarbeiter. Das heißt, den Weg kürzer zu machen. Das bedeutet, dass nicht nur das Team gerufen wird, sondern wir psychologische Ersthelfer ausbilden auf den Stationen. Das man weiß, auf der Station gibt es immer ein oder zwei ausgebildete Kollegen oder Kolleginnen zu den man gehen kann, wenn ich das Gefühl habe, ich schaffe das nicht und nicht darauf angewiesen bin, dass ein externes Team kommt. Beim Peer-Support ist es gut, dass ein direkter Kollege dann vor Ort ist, der einem auch nahe ist. Da sind wir sehr interessiert dran. Und insgesamt, was Deutschland angeht, hat sich viel getan, gerade auch in der Bildung der klinischen Krisenintervention in der DIVI. Das ist ein großer Schritt und es gibt seit zwei Jahren sogenannte Netzwerktagungen, wo alle Kliniken, die sich mit dem Thema beschäftigen regelmäßig zusammenkommen und wir genau über solche Dinge sprechen. Wie fehlende

Ausbildungsstandards, wissenschaftliche Begleitung damit es gut aufgestellt wird oder wie kann der Implementierungsprozess stattfinden oder der Peer-Support aufgebaut werden. Sodass man es nicht mehr als Klinik allein macht, sondern dass man sich in diesem Netzwerk abstimmen und von dem Profitieren kann was die anderen schon gemacht haben. Aber es sind auch genau die Dinge, die auch noch fehlen. Ausbildungsstandards braucht es ganz dringend und es braucht unbedingt mehr Forschung und mehr Veröffentlichungen zu dem Thema. Das werden sie auch sicher festgestellt haben, dass es nicht so ist, dass sie Suchbegriffe eingegeben haben und sich vor Literatur nicht retten kann, sondern man muss schon was direkt eingeben damit man was finden kann. (Beide lachen) Und wir brauchen einen sicheren Rahmen, in dem wir arbeiten können, wir haben uns das alles selber geschaffen bei uns, aber es wäre besser, wenn es durch die Fachgesellschaften und für die gesamte Krankenhauslandschaft einheitliche Leitlinien gäbe.

43 I: Sehr gut. Vielen Dank. Wir haben es dann auch schon geschafft.

44 Verabschiedung.

## B5\_Anonyme\_Universitätsklinik

### 1 Schriftliche Beantwortung der Fragen Anonyme Universitätsklinik

2 Frage 1

3 Veranlasst, ein ausgesprochenes Angebot zu machen hat uns eine Reihe von schwer verletzten Unfallopfern in der chirurgischen Klinik in sehr kurzer Zeit.

4 Frage 2

5 Seit 2012.

6 Frage 3

7 Grundsätzlich für alle Mitarbeitenden - speziell für ärztliches und pflegerisches Personal.

8 Frage 4

9 Das Angebot wird mit vorhandenen Ressourcen vorgehalten. Betriebsärzt\*innen, Sozialarbeiterin, Arzt\*innen in der Psychosomatik und Klinikseelsorger\*innen.

10 Frage 5

11 Psychosoziale Unterstützung und Beratung ad hoc und längerfristig.

12 Frage 6

13 An den Pforten der Kliniken und zugehörigen Gebäude liegen Flyer mit allen Kontaktdaten der Ansprechpartner aus. Die Betriebssozialarbeiterin oder Klinikseelsorger\*in suchen Betroffene

am Arbeitsplatz auf oder können - ja nach Wunsch - aufgesucht werden; Betriebsärzt\*innen oder die Psychosomatik kann sofort aufgesucht werden (während der jeweiligen Öffnungszeiten; Seelsorge jederzeit).

14 Frage 7

15 Zunächst einmal sind entsprechend des Wunsches Betroffener die Ansprechpartner einfach da, hören zu, trösten; im Gespräch wird, da es sich um geschultes Personal handelt, entwickelt, was im Anschluss gebraucht wird und das in die Wege geleitet.

16 Frage 8

17 Die jeweilige Fachexpertise kommt zum Tragen.

18 Frage 9

19 Nein.

20 Frage 10

21 Mehr Verfügbarkeit von Therapieplätzen, damit nicht so lange Wartezeiten im Bedarfsfall entstehen. Das "Kümmern" ad hoc mit den Bordmitteln funktioniert gut, aber die Vermittlung in psychotherapeutische Behandlung - wo nötig - ist generell in hiesigen Raum nicht zeitnah möglich.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, 31.08.2021

A solid black rectangular box used to redact the signature of the author.

Nicole Morawietz