



Dagmar Arndt¹, Irmtraud Beerlage¹, Dominik Hinzmann², Diana Wieprich³, Wiebke Schirmeister⁴, Felix Walcher⁴ und die Mitglieder der Sektion „Perspektive Resilienz“

Vorstellung der Sektion „Perspektive Resilienz“

Mitarbeiter in der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin sind neben der ohnehin anspruchsvollen und komplexen fachlichen Tätigkeit in hohem Maße physisch, psychisch, emotional und sozial gefordert und zuweilen auch überfordert. Innerklinische (Krisen-)Hilfen sind bisher jedoch eher die Ausnahme als die Regel. Durch eine zunehmende Abwanderung von medizinischem Personal aus Bereichen der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin stellt sich ein empfindlicher Personalmangel ein, der institutionell in besonders neuralgischen Strukturen wie in Notaufnahmen und Intensivstationen zu einer Unterversorgung von Patienten führt. Vor diesem Hintergrund hat sich im Dezember 2018 unter der Leitung von Prof. Dr. Felix Walcher (Universitätsklinikum Magdeburg), Dr. Dominik Hinzmann (Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München) und Diana Wieprich (Pius Hospital Oldenburg) in der DIVI die Sektion „Perspektive Resilienz“ gegründet.

Im Mittelpunkt der Sektionsarbeit steht die Diskussion um psychosoziale Prävention und Unterstützungsangebote für alle Mitarbeiter der Berufsgruppen der prä- und

innerklinischen Notfall-, Akut- und Intensivmedizin. Abgrenzend zur Sektion „Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin“, die sich maßgeblich den Belangen der Patienten und Angehörigen widmet und in Verbindung mit den Mitarbeitenden betrachtet (1), steht bei der Sektion „Perspektive Resilienz“ die psychosoziale Gesundheit des medizinischen Personals im Vordergrund.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatten um psychosoziale Arbeitsbelastungen, Fehlbeanspruchungsfolgen und vorzuhaltende Maßnahmen im Gesundheitswesen und in der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin stand zu Beginn der Sektionsarbeit zunächst die Frage nach vorliegenden empirischen Daten im Vordergrund. International liegen bereits zahlreiche Studien und mehrere Übersichtsarbeiten für die Notfall-, Akut- und Intensivmedizin vor (2–5). Im deutschsprachigen Raum wurden gerade in jüngster Vergangenheit und werden aktuell zahlreiche „Umfragen“ und wissenschaftliche Studien durchgeführt. Arbeiten, die ein breites Spektrum alltäglicher und vor allem auch extremer Belastungssituationen erfassen, liegen jedoch nicht für alle Bereiche der Notfall-, Akut- und

Intensivmedizin vor (6). Es werden die (gesundheitlichen) Folgen der Belastungen relativ breit diskutiert: Burnout, mangelnde Arbeitszufriedenheit, Dropout-Absichten etc. werden jedoch häufiger als die schweren individuellen Traumafolgen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung) oder die institutionellen Folgen (z.B. die Beeinträchtigung der Versorgungsqualität durch Personalmangel) betrachtet (7, 8).

Im Rahmen der Sektionsarbeit soll der Blick weniger auf pathogene Einflüsse gelenkt werden, als vielmehr auf jene Faktoren, die dazu beitragen, dass das Personal trotz hoher Belastungen gesund bleibt und langfristig in der Lage sein kann, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu leisten. Fragestellungen dieser Art sind seit über 60 Jahren Gegenstand der psychologischen „Resilienz“-Forschung (9). Der Begriff der Resilienz wird unterschiedlich definiert und heterogen verwendet: Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal im Ergebnis einer gesunden Entwicklung, als rasche Erholung nach schwerwiegenden Ereignissen, als „besserer“ Bewältigungsverlauf, als „besseres“ Bewältigungsergebnis, als Bewältigungsresource etc. (10–12). Der Begriff wird für Individuen (individuelle Resi-

¹Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien; Hochschule Magdeburg-Stendal

²Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum rechts der Isar der TU München

³Klinik für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin, Pius-Hospital Oldenburg

⁴Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Universitätsmedizin Magdeburg

lienz), aber auch für Organisationen bzw. sozial-räumliche Settings (gemeinschaftliche und organisationale bzw. institutionelle Resilienz) angewendet und kann entsprechend auch auf die Systeme bzw. Organisationsstrukturen in Präklinik und Klinik übertragen werden (13, 14). Ausgehend von dieser „Perspektive Resilienz“ sollen Maßnahmen und Handlungsempfehlungen für alle Berufsgruppen in der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin abgeleitet werden.

Derzeit existieren bereits Empfehlungen für vorzuhaltende Hilfesysteme und durchzuführende Maßnahmen. Dabei besteht jedoch die Gefahr der Implementierung von Einzelmaßnahmen ohne Einbettung in ein strukturiertes Gesamtsystem (15, 16). Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die psychosozialen extremen Belastungen noch selten aufgegriffen. Zwar beschreibt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung ein Verfahren, mit dem Beschäftigten auch in Krankenhäusern zeitnah nach Extremerfahrungen Hilfe im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes angeboten werden sollten (17), jedoch ist dies insgesamt zu wenig bekannt – geschweige denn, dass eine Meldung von Extremereignissen und eine Inanspruchnahme von Hilfen nach psychischen Arbeitsunfällen aktiv gefördert würde. Ein etabliertes und qualitätsgesichertes System der psychosozialen Vorbereitung und Nachsorge vergleichbar der präklinischen psychosozialen Notfallversorgung liegt bisher nur für ausgewählte Kliniken vor (18), wird bisher aber innerklinisch nicht flächendeckend vorgehalten (19). Die Sektion setzt sich dafür ein, diese Situation für das medizinische Personal zu verbessern.

Die Sektion hat sich mittelfristig sechs Ziele gesetzt:

1. Das Thema der psychosozialen Belastung des Personals soll den Verantwortlichen der Klinik und der Öffentlichkeit nähergebracht werden. Dabei soll das medizinische Personal in dem komplexen Gefüge der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin in den Vordergrund gestellt werden und im Fokus der Fürsorge stehen.

2. Die Forschung zu den bereichsspezifischen und bereichsübergreifenden beeinträchtigenden sowie förderlichen Einflüssen auf die psychosoziale Gesundheit des medizinischen Personals der Notfall-, Akut- und Intensivmedizin soll vorgebracht werden. Dabei soll der Fokus explizit auf Faktoren gelegt werden, die Resilienz fördern. Das übergeordnete Ziel ist dabei die Entstehung einer evidenzbasierten und damit belastbaren Datengrundlage nach aktuellen methodischen Standards.

3. Eine Bestandsaufnahme bereits bestehender Unterstützungsangebote im medizinischen Berufsalltag sowie die Identifizierung von qualitativ hochwertigen Angeboten der Krisenintervention soll erfolgen.

4. Dezidiertes Ziel ist die Entwicklung von Empfehlungen zur Stärkung der Widerstandskraft und psychosozialen Gesundheit des pflegerischen, rettungsdienstlichen und ärztlichen Personals in den genannten Bereichen. Als Qualitätskriterium geht die Umsetzbarkeit der Empfehlungen unter realen Arbeitsbedingungen ein. Dieses Ziel stützt die Nachhaltigkeit sowie die Akzeptanz der Empfehlungen.

5. Die flächendeckende Implementierung von Angeboten der Krisenintervention sowie für niederschwellige Unterstützungsangebote für das klinische und präklinische medizinische Personal nach beruflichen Extremereignissen soll vorangetrieben und die Qualität der Angebote überprüft werden. Ziele in diesem Kontext sind ebenfalls die evidenzbasierte Qualitätssicherung, sowie eine aktive Vernetzung der interprofessionellen Akteure.

6. Ziel der Sektion „Perspektive Resilienz“ ist es, bestehende Projekte, die zu einer Stärkung der Resilienz des gesamten medizinischen Personals in Präklinik und Klinik beitragen, zu identifizieren, zu unterstützen, auszubauen, zu vernetzen und damit die Basis für qualitativ hochwertige, professionelle Unterstützung zu ermöglichen und zu gewährleisten.

Interessierte DIVI-Mitglieder sind herzlich zur Mitarbeit in der Sektion

„Perspektive Resilienz“ eingeladen. Bitte teilen Sie Ihr Interesse per E-Mail an den Sprecher der Sektion, Prof. Dr. Felix Walcher, mit: felix.walcher@med.ovgu.de.

Literatur

1. Deffner T, Waydhas C: Vorstellung der Sektion „Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin“. DIVI 2019; 2: 44
2. Hegg-Deloye S, Brassard P, Jauvin N et al.: Current state of knowledge of post-traumatic stress, sleeping problems, obesity and cardiovascular disease in paramedics. *Emergency Medicine Journal* 2014; 31(3): 242–7
3. Jasper S, Stephan M, Al-Khalaf H et al.: Too little appreciation for great expenditure? Workload and resources in ICUs. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85(7): 753–61
4. Johnston A, Abraham L, Greenslade J et al.: Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas* 2016; 1: 7–26
5. Papatjanassoglou ED, Karanikola MNK, Kalafati M et al.: Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care* 2012; 2: e41–52
6. Arndt D, Beerlage I: Psychische Belastungen und Belastungsfolgen in der Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin: bekannte Fakten, neue Entwicklungen und offene Fragen. In: S. Kluge, M. Heringlake, U. Janssens & B. Böttger (Hrsg.). *DIVI Jahrbuch 2019/2020. Fortbildung und Wissenschaft in der interdisziplinären Intensivmedizin und Notfallmedizin: Schwerpunkt: „Psychische Belastung am Arbeitsplatz/Resilienz“*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, 2019, S. 43–50
7. Beerlage I, Arndt D, Hering T et al.: Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes. (Abschlussbericht, September 2009. Magdeburg. Abrufbar unter www.gesundheit-im-einsatz.wesen.de)
8. Karagiannidis C, Hermes C, Krakau M et al.: Versorgung der Bevölkerung in

- Gefahr. Deutsches Ärzteblatt 2019; 10: A 462–A 466
9. Werner E: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp M, Fingerle & A. Freytag, (Hrsg.), Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz Basel: Reinhardt, 1993: 25–36
 10. Alexander DE: Resilience and disaster risk reduction: An etymological journey. *Natural Hazards and Earth System Sciences* 2013; 11: 2707–2716
 11. Bengel J, Lyssenko L: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 43). Köln: BZgA, 2012
 12. Carpenter SR, Walker BH, Anderies MA et al.: From metaphor to measurement: resilience of what to what? *Ecosystem* 2001 ; 4 : 765–781
 13. Beerlage I: Community Resilience. In: Fekete A, Hufschmidt G (Hrsg.), Atlas der Verwundbarkeit und Resilienz (S. 32–33). Köln, Bonn: TH/Universität
 14. Hartwig H, Kirchhoff B, Lafrenz B et al.: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Organisationale Resilienz. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016. Dortmund
 15. Meraner V, Sperner-Unterweger B: Patienten, Ärzte und Pflegepersonal auf Intensivstationen. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. *Nervenarzt* 2016; 87: 264–268
 16. Richter-Kuhlmann E: Ärztesundheit: Künftig nicht nur eine Floskel. *Dtsch Arztebl* 2019; 23–24: A-1156 / B-955 / C-943
 17. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017) Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation (DGUV-Grundsatz 306–001). URL: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/306–001.pdf?src=aspcu&typ=pdf&cid=6475> (zugegriffen am 24. Juni 2019)
 18. Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M et al.: Peer-Support in der Akutmedizin. *Anästh Intensivmed* 2019;60:95–101. DOI: 10.19224/ai2019.095
 19. Beerlage I, Helmerichs J: Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung. *Trauma & Gewalt* 2011; 3: 222–235



Korrespondenzadresse
Dr. phil. Dagmar Arndt
Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Soziale Arbeit,
Gesundheit und Medien
Breitscheidstr. 2, Haus 1
39114 Magdeburg
dagmar.arndt@h2.de