

CHRISTIAN HANNIG
ANNETT LOTZIN
SASCHA MILIN
INGO SCHÄFER

Stress- und Traumaprävention für Beschäftigte im Gesundheitsbereich

DOI 10.21706/tg-15-3-232

Zusammenfassung: Beschäftigte in medizinischen Akutbereichen sind erhöhten psychischen Belastungen ausgesetzt, die durch die COVID-Pandemie weiter verstärkt wurden. Es wurden unterschiedliche Konzepte zur Prävention von Belastungsfolgen im Arbeitskontext vorgelegt, die häufig kollegiale Ersthelfer*innen (Peer-Beratende) beinhalten. Allerdings sind diese bislang kaum empirisch überprüft und ihre Übertragbarkeit auf den Gesundheitsbereich ist nicht empirisch gesichert. Das Hamburger Konzept zur Stress- und Traumaprävention berücksichtigt die inzwischen vorgelegten Standards der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und ergänzt diese um die Aspekte chronischer Stress im Arbeitskontext und betriebliche Implementierung. Eine Evaluation der darin enthaltenen Ausbildung von Peer-Beratenden (N = 26) zeigte eine hohe Akzeptanz des Konzeptes und positive Effekte in Bezug auf die subjektive Sicherheit bei der Durchführung von entlastenden Interventionen bei betroffenen Kolleg*innen. Die COVID-Pandemie stellte im vergangenen Jahr eine Bewährungsprobe des Konzeptes dar und führte zur Entwicklung weiterer Elemente. Bei entsprechenden settingbezogenen Anpassungen scheint das Konzept grundsätzlich auch für andere Kontexte als den einer Klinik der Maximalversorgung geeignet.

Schlüsselwörter: Stress, Trauma, Prävention, Peer-Support, Betriebliches Gesundheitsmanagement

Cite as: Hannig, C., Lotzin, A., Milin, S. & Schäfer, I. (2021). Stress- und Traumaprävention für Beschäftigte im Gesundheitsbereich. *Trauma & Gewalt*, 15 (3), 232–242. DOI 10.21706/tg-15-3-232

Einleitung

Beschäftigte in medizinischen Akutbereichen wie Notaufnahmen oder Intensivstationen sind erhöhten psychischen Belastungen ausgesetzt. Neben der häufigen Konfrontation mit dramatischen medizinischen Verläufen, behandelungsethischen Fragen und Infektionsrisiken zählen dazu der Umgang mit belasteten Angehörigen, aber auch aggressive Übergriffe und Gewalt gegen die eigene Person (z.B. Adriaenssens et al., 2012; Colville et al., 2019; Seys et al., 2012). Erhöhte Belastungen von Beschäftigten in solchen Bereichen durch depressive, Angst- und Traumafolgesymptome sowie erhöhte Prävalenzen entsprechender psychischer Störungen werden als Folge dieser Beanspruchung interpretiert (Adriaenssens et al., 2015; de Wijn et al., 2020; Jasper et al., 2012; Mason et al., 2014; Mealer et al., 2007), ebenso arbeitsbezogene Folgen wie Absentismus und Tendenzen zum Tätigkeitswechsel (Chuang et al., 2016; Colville et al., 2017). Auch für Klinikbeschäftigte allgemein wurden Hinweise auf erhöhte Prävalenzen ereignisinduzierter psychischer Belastungssymptome und -störungen gefunden (Mealer et al., 2009).

Im Kontext der COVID-19-Pandemie waren und sind Beschäftigte in klinischen Akutbereichen weiteren Beanspruchungen ausgesetzt (Kuhn et al., 2021). So ergab etwa eine frühe Online-Befragung durch Kramer und Kolleg*innen (2020) eine hohe subjektive Stressbelastung bei Gesundheitsfachkräften, insbesondere bei Pflegekräften.

Auch andere Studien berichteten im Verlauf der Pandemie ein erhöhtes Ausmaß an Belastungen bei medizinischem Personal durch Schlafstörungen, Angstgefühle, Erschöpfungserleben und depressive Verstimmung (z. B. Bohlken et al., 2020; Greenberg et al., 2020; Lai et al., 2020; Zerbini et al., 2020; Zhang et al., 2020). Ein Konzept, das im Pandemiekontext zunehmend Erwähnung findet, ist das des »second victim« (Strametz, 2020; Wu, 2020). Der Begriff meint medizinisches Personal, das durch ungünstige Behandlungsverläufe (mit-)betroffen ist, während betroffene Patient*innen als »first victims« und die jeweiligen organisationalen Zusammenhänge (Kliniken) als »third victims« bezeichnet werden. In früheren Studien wurden bereits deutliche Zusammenhänge zwischen subjektiven Erfahrungen als »second victim« und negativen arbeitsbezogenen Folgen gefunden (z. B. Burlison et al., 2016).

Prävention von Stress- und Belastungsfolgen im Arbeitskontext

In den vergangenen drei Jahrzehnten wurden unterschiedliche Konzepte zur Prävention von Belastungsfolgen im Arbeitskontext vorgelegt, wobei nur wenige davon als empirisch

fundiert gelten können (Schöllgen et al., 2016; Hughes et al., 2012). Primärpräventive Maßnahmen beinhalten vor allem Schulungen und Informationsangebote über mögliche Folgen belastender Ereignisse und den Umgang damit. Obwohl solche Maßnahmen und Programme in ver-

schiedenen Bereichen und für verschiedene Zielgruppen etabliert sind (Lewis et al., 2013), gilt ihre Wirksamkeit noch als unsicher (Dieljens et al., 2014; Skeffington et al., 2013). Im Bereich der Sekundärprävention wird der Rückhalt durch andere Teammitglieder, Vorgesetzte und den Betrieb meist als ein wesentlicher Schutzfaktor angesehen (z. B. United Kingdom Psychological Trauma Society, 2014; Dunn et al., 2015). Häufig beinhalten entsprechende Konzepte kollegiale Erstthel-

fer*innen, wobei deren Ausbildung und Aufgaben über die verschiedenen Konzepte hinweg erheblich differieren.

Entsprechende Interventionen finden seit Längerem in den Arbeitskontexten von Militär, Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten Anwendung. Dazu zählt etwa das *Trauma Risk Management (TRiM)*,

welches ursprünglich für das Militär entwickelt wurde (Hunt et al., 2013; Jones et al., 2003). Durch einen Peer-Ansatz legt es den Schwerpunkt auf kollegiale Begleitung zur frühzeitigen Erkennung problematischer Bewältigungsverläufe und die Vermittlung Betroffener in fachgerechte

Versorgung. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte die Wirksamkeit des Ansatzes zunächst nicht belegt werden, was auch durch relativ kleine Fallzahlen bedingt sein kann (Greenberg et al., 2010).

In jüngerer Zeit wurden ähnliche Programme vorgelegt, die kollegiale Ansprechpartner*in für Beschäftigte im Gesundheitsbereich einsetzen. So berichten Edrees und Kolleg*innen (2016) vom Konzept »*Resilience in Stressful Events (RISE)*«, das am Johns-Hopkins-Krankenhaus in Bal-

timore entwickelt wurde. Es basiert auf geschulten Peer-Ansprechpartner*innen, die innerhalb von zwölf Stunden nach einem belastenden Ereignis psychosoziale Erstversorgung und emotionale Unterstützung anbieten. Das Programm erreichte dort hauptsächlich das Pflegepersonal und wurde positiv evaluiert, aller-

Durch die COVID-Krise wird die hohe psychische Beanspruchung von Gesundheitspersonal weiter gesteigert.

Psychosoziale Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte ist zentral bei der Bewältigung besonders belastender Arbeitsereignisse.

dings bislang lediglich in Form von Selbstbeurteilungen der Peer-Beraterinnen (Edrees et al., 2016).

Auch im deutschsprachigen Raum wurden bereits Peer-basierte Präventionskonzepte entwickelt und umgesetzt (Hausmann, 2011; Hinzmann, et al., 2019), auch als Elemente von Konzepten zu Konfliktprävention und -management im beruflichen Kontext (ProDeMa, 2021). Es wurde zudem die Übertragbarkeit präklinischer Konzepte auf innerklinische Kontexte diskutiert (Beerlage, 2020) und positive Erfahrungen mit neuen innerklinischen Akutversorgungs- und Präventionsstrukturen berichtet, die neben Beschäftigten teilweise auch Patient*innen und Angehörige adressieren (Jäntschi et al., 2017; Gräff et al., 2017).

International bestehen also bereits unterschiedliche Präventionsansätze, die Peer-gestützte Programme einsetzen, um psychisch besonders beanspruchte Berufsgruppen einschließlich Beschäftigter im Gesundheitsbereich zu erreichen. Allerdings sind die meisten davon bislang unzureichend empirisch überprüft und auch ihre Übertragbarkeit zwischen nationalen und systemischen Kontexten (z. B. Gesundheitssystemen oder Branchen) ist noch unklar. In der vorliegenden Arbeit wird ein Konzept für Gesundheitsfachkräfte vorgestellt, das primär-, sekundär- und tertiärpräventive Elemente umfasst und dessen Kernelement die Ausbildung von kollegialen Ansprechpartner*innen (Peer-Beraterinnen) ist. Den Anstoß zu seiner Entwicklung gab eine Befragung von Mitarbeitenden des Pflegeteams der Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, bei der ein großer Bedarf in Bezug auf den Umgang mit den Folgen von Gewalt und anderen belastenden Er-

fahrungen deutlich geworden war. Ein wesentliches primärpräventives Element des Konzepts sind Vorträge zum Umgang mit psychisch belastenden Situationen, die im Rahmen von Fortbildungstagen für Mitarbeitende gehalten werden. Ein tertiärpräventives Element besteht in der Verbesserung von Übergängen an Schnittstellen zu inner- und außerbetrieblichen psychosozialen Versorgungsangeboten. Dieser Artikel berichtet die Entwicklung des Hamburger Ansatzes zur peer-gestützten Akutversorgung von Gesundheitsfachkräften, dem zentralen sekundärpräventiven Element des Konzeptes, erste Evaluationsergebnisse zur entsprechenden Ausbildung sowie Erfahrungen mit dem Konzept im Kontext der COVID-19-Pandemie.

Methode

Konzeptentwicklung

Das Hamburger Konzept zur Ausbildung von Peer-Beraterinnen wurde auf nationale (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2012; Bengel et al., 2019) und internationale Empfehlungen zu Akutinterventionen (NATO, 2008; NICE, 2018; TENTS, 2008; WHO, 2013; ÖRK, 2015) sowie zum Peer-Support nach potenziell traumatischen Ereignissen (Creamer et al., 2012) basiert. Ein Abgleich mit den nach Projektbeginn publizierten Standards der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) für »betriebliche psychologische Erstbetreuung« (DGUV-Standards, 2017b) ergab, dass alle dort empfohlenen Inhalte im Konzept enthalten waren. Zusätzliche Inhalte des Konzepts integrieren die Perspektive »Stress im beruflichen Kontext« (z. B. durch Unterstüt-

zungsdefizite oder Gratifikationskrisen; vgl. Köllner, 2015). Damit wird Empfehlungen gefolgt, betriebliche psychosoziale Akutversorgung nicht auf die »Trauma-Perspektive« zu reduzieren (Arndt & Beerlage, 2019), der Fokus aber auf kollegialer Beratung nach besonders belastenden Ereignissen belassen. Neben Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement ist die persönliche Vorstellung betrieblicher psychosozialer Akteur*innen und ihrer Angebote wichtig, um Schwellen zur fachspezifischen Versorgung zu senken. Beispiele zu den Inhalten des Konzepts und ihrer Zuordnung zu den DGUV-Standards finden sich in Tabelle 1. Für einen engen Bezug zur eigenen Berufspraxis und -erfahrung der Teilnehmenden konnten diese vor Beginn ihrer Ausbildung Beispiele zu subjektiv kritischen Ereignissen übersenden, und diese Fallvignetten wurden in die theoretische und praktische Ausbildung integriert.

Rekrutierung und Auswahl der Peer-Beraterinnen

Zur Rekrutierung geeigneter Teilnehmer*innen wurden Mitarbeitende in den beteiligten Bereichen mittels schriftlicher Informationen zum Projekt aufgefordert, sich bei Interesse bei ihren Teamleitungen zu melden. Zudem erfolgte eine direkte Ansprache geeigneter erscheinender Mitarbeiter*innen durch die Teamleitungen. Orientiert an den Empfehlungen von Creamer und Kolleg*innen (2012) wurden als Kriterien für die Auswahl von Teilnehmer*innen 1.) deren Zugehörigkeit zur Zielgruppe des Angebotes (Gesundheits- und Krankenpfleger*innen), 2.) eine mindestens zweijährige Teamzugehörigkeit, 3.) ein Stellenanteil von mindestens 50%,

Oberthemen (DGUV, 2017)	Bausteine (16 UE) (DGUV, 2017)	Inhalte des Hamburger Konzeptes (24 UE)
Begriffsbestimmungen / Einstieg	Psychologische Erstbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Akut- und Frühinterventionen / Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV): Psychische Erste Hilfe (PEH), Psychosoziale Akuthilfe (PSAH), Notfallpsychologie • Betriebliche psychosoziale Akutversorgung und Prävention
	Potenziell traumatisierende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma-Typen (I, II und med. bed.) • Kritische Ereignisse: Fallbeispiele aus betrieblicher Praxis der Teilnehmenden
	Stress und Belastungsreaktionen	<ul style="list-style-type: none"> • (Extrem-)Stress: Entstehungsmodelle, Psychophysiologie und Gedächtnisbildung • Akute Belastungsreaktionen • Risiko- und Schutzfaktoren bei Traumafolgestörungen
	Psychotrauma	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeines Rahmenmodell • Klassifikation Traumafolgestörungen (ICD-10/-11) und Komorbiditäten • Verlaufsformen PTBS • Evidenzbasierte Traumatherapie • Sekundäre Traumatisierung
	Resilienz und chronischer beruflicher Stress*	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen und Faktoren psychischer Resilienz • Potenzielle Ursachen und Folgen von chronischem Stress im Arbeitskontext
Intervention	Vorgehen und Systematik im Umgang mit Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> • Innerbetriebliche Akutversorgung: vor allem Peer-Beratung • Strukturen der Peer-Beratung, Einsatzmittel und -vorbereitung • Psychoedukation: mündlich und schriftlich (Informationsflyer) • Betriebliche Prävention: Formen (primär, sekundär und tertiär) und Angebote (von der Erstbetreuung bis zur Rehabilitation)
	Kommunikation und Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Kommunikation: vor allem Formen (non- / paraverbale und verbale Kommunikation) • Beratende und stabilisierende Gesprächsführung (vor allem Fragen und Formen des Zuhörens) • Umgang mit akut belasteten Personen: z. B. bei Dissoziation und Suizidalität
	Umgang mit indirekt Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise für sichere Umgebung • Information über Unterstützungsangebote, auch für Zeug*innen und Angehörige
Betriebliche psychologische Erstbetreuer	Selbstbild, Rolle, Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Rolle der Peer-Beratenden in Team und Betrieb • »Gemeinsames mentales Modell« der Peer-Beratung
	Selbstschutz, Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstschutz und -fürsorge, Psychohygiene • Innerbetriebliche Inter- und Supervision • Allgemeines Stressmanagement: Überblick zu Entspannungstechniken und betrieblichen Angeboten
	Rechtliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Datenschutz und Schweigepflicht • Zeugnisverweigerungsrecht • Fürsorgepflicht
	Implementierung*	<ul style="list-style-type: none"> • Zielplanung für betriebliche Implementierung
Betriebliches Konzept	Betriebliche Rettungskette	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche psychosoziale Versorgungsangebote und Ansprechpersonen • Alarmierungs- und Vermittlungswege
	Betriebliche Nachsorgekonzepte	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Vorstellung betrieblicher Akteur*innen und Angebote, Ereignisdokumentation und Unfallmeldung • Betriebliche Krisenkommunikation • (Akut-)Versorgung über gesetzliche Unfallversicherung • Psychotherapeutenverfahren
	Arbeitsunfall	<ul style="list-style-type: none"> • Meldewesen und -pflichten • Ansprechstellen: vor allem betriebsärztlicher Dienst

Tab. 1: Themen und Bausteine der DGUV-Standards für betriebliche psychologische Erstbetreuung (bpE; 2017) und deren Ausgestaltung in der Hamburger Peer-Ausbildung

* Zusätzliche Inhalte, die über die DGUV-Vorgaben hinausgehen

um eine ausreichende Präsenz im Team zu gewährleisten, und 4.) die Teilnahme an einem formellen Informations- und Vorstellungsgespräch festgelegt. Im Rahmen der einstündigen Gespräche wurden die Motivation der Bewerber*innen erfragt, Informationen zu den Inhalten der Ausbildung vermittelt, mögliche Herausforderungen im Rahmen der späteren Praxis angesprochen (z. B. der notwendige transparente Wechsel von einer informell unterstützten kollegialen Rolle in eine strukturiert beratende) und offene Fragen der Interessent*innen geklärt.

Durchführung der Peer-Ausbildungen

Die Ausbildung umfasst insgesamt 24 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten, die in Form 3-tägiger Kompaktseminare mit maximal 12 Teilnehmenden durchgeführt werden. Die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgt anhand von Vorträgen, Gruppendiskussionen sowie praktischen Übungen anhand prototypischer und von den Teilnehmenden eingebrachter Fallbeispiele.

Der Großteil der Unterrichtseinheiten wird von erfahrenen Dozent*innen durchgeführt (Psycholog*innen der Spezialambulanz für Traumafolgestörungen bzw. der Arbeitsgruppe Trauma- und Stressforschung unseres Klinikums), was den DGUV-Standards Rechnung trägt (»mindestens 3-jährige Erfahrung in der psychologischen Erstbetreuung oder in der Behandlung Traumatisierter«; DGUV, 2017b, S. 12). Im Hamburger Konzept übernehmen weitere psychosoziale Fachpersonen aus dem Betrieb (Psychosoziale und Suchtberatung, Krankenhausseelsorge) vorgegebene und zusätzliche Ausbildungselemente. Seit dem zweiten

Klinikbereiche	Frauen	Männer	Gesamt
ZNA	7	4	11
KIM	9	3	12
ANA	3	0	3

Tab. 2: Teilnehmende nach Abteilungen und Geschlecht (n = 26)

Anmerkungen: ZNA = Zentrale Notaufnahme; KIM = Klinik für Intensivmedizin; ANA = Klinik für Anästhesiologie

Ausbildungsdurchgang stellen sich auch bereits ausgebildete Peer-Berater*innen vor, berichten von ihren Erfahrungen mit der Implementierung des Angebotes und wirken an der Planung von deren Fortführung mit.

Nach der Ausbildung erfolgt die Unterstützung der Peer-Berater*innen bei der Implementierung und Durchführung ihres Angebotes im Rahmen ihrer bereichsbezogenen Treffen, auch durch supervisorische Anteile. Eine kurzfristige Verfügbarkeit für Fragen und Anliegen der Peer-Berater*innen ist über Telefonkontakte sowie Mail- und Messengergruppen sichergestellt (vgl. Creamer et al., 2012).

Evaluation der Peer-Ausbildungen

Als konzeptueller Rahmen dieser fragebogengestützten Evaluation wurden das häufig herangezogene 4-Ebenen-Modell von Kirkpatrick (2006) verwendet und seine ersten drei Ebenen (Akzeptanz sowie Zuwachs an Wissen und anwendungsbezogenen Kompetenzen) durch freiwillige Selbstausskünfte der Teilnehmenden fokussiert. Für die Akzeptanz der Schulungen erfolgte die Bewertung der folgenden Items mittels einer 5-stufigen Skala (»stimmt absolut/4«, »stimmt eher/3«, »weder noch/2«, »stimmt eher nicht/1«, »stimmt gar nicht/0«): »Die Ausbildung war inhaltlich interessant.«,

»Die Vermittlung der Inhalte war anschaulich und abwechslungsreich.«, »Die Atmosphäre in der Gruppe war angenehm.«, »Ich habe mich überwiegend gelangweilt.« (umgepoltes Item), »Der Umgang der/des Durchführenden mit den Teilnehmenden war angemessen.«, »Die Ausbildung war für meine geplante Tätigkeit relevant und nützlich.«, »An Diskussionen während der Ausbildung konnte ich mich so beteiligen, wie ich es wollte.«. Weiter wurde die globale Bewertung der Ausbildung anhand einer Schulnote (1 = »sehr gut« bis 6 = »ungenügend«) erbeten, und es wurden offene Fragen zu positiv bzw. negativ eingeschätzten Elementen und Ergänzungsvorschlägen gestellt. Direkt vor und nach der Schulung wurde die empfundene Sicherheit bezüglich des allgemeinen Umgangs mit betroffenen Kolleg*innen, der theoretischen Grundlagen der Peer-Beratung sowie deren praktischer Umsetzung erhoben. Prä-Post-Unterschiede wurden anhand des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben auf ihre Signifikanz überprüft.

Ergebnisse

An drei Durchgängen der Peer-Ausbildung ab 2018 nahmen 26 Pflegekräfte aus drei Klinikbereichen teil (19 Frauen und 7 Männer; Tab. 2).

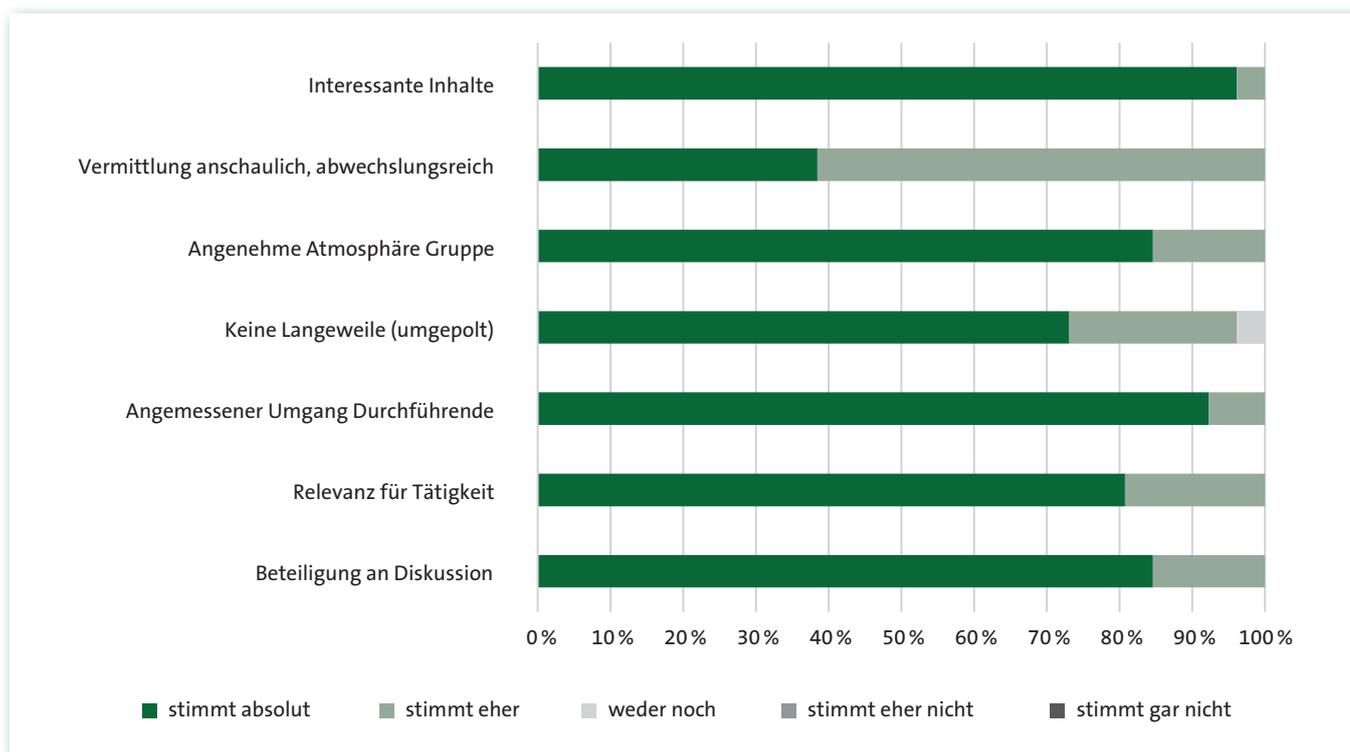


Abb. 1: Subjektive Bewertung der Peer-Schulungen (n = 26).

Die globale Bewertung der Schulung mittels einer Schulnote (1 = »sehr gut« bis 6 = »ungenügend«) ergab einen Wert von $M = 1,38$ ($SD = 0,47$; range = 1–2). Die oben genannten Aspekte der Schulungen erhielten anhand der vorgegebenen gestuften Skala eine hohe Zustimmung (siehe Abb. 1). Dabei zeigte sich der höchste Anteil »absoluter Zustimmung« in Bezug auf die Aussage »Die Veranstaltung war inhaltlich interessant.« (96,2%), der niedrigste in Bezug auf die Aussage »Die Vermittlung der Inhalte war anschaulich und abwechslungsreich.« (38,5%).

Bei den offenen Fragen zu Schullelementen, die den Teilnehmenden »am meisten« bzw. »am wenigsten gefallen« hatten, erfolgte eine narrative Zusammenfassung der Texte und Erfassung von Schlagworten. Als positivste Elemente wurden mit absteigender Häufigkeit

»praktische Übungen« (16), »Theorie« (6) und »Fertigkeiten« wie Gesprächsführungstechniken (4) genannt. Weitere Nennungen waren hier die Vorstellung innerbetrieblicher Akteur*innen der psychosozialen Versorgung und ihrer Angebote. Als negative Elemente wurden allgemeiner »Zeitmangel« (2) und die Wahl der Medien mit überwiegend präsentationsgestützten Vorträgen (2) genannt. Einzelne Nennungen betrafen auch die Menge und das Tempo an vermittelter Theorie sowie einzelne inhaltliche Elemente (z. B. Theorie zu »Burnout« und »Psychosozialer Notfallversorgung«), die als weniger interessant bzw. relevant bewertet wurden.

Subjektive Sicherheit der Durchführung von Gesprächen

Die Ebenen subjektiver Zuwachs an Wissen und Kompetenzen wurden

anhand von Prä-Post-Abfragen zur empfundenen Sicherheit der Teilnehmenden bezüglich theoretischer Grundlagen und der Durchführung entlastender Gespräche mit akut betroffenen Kolleg*innen erfasst. In Bezug auf alle Kategorien zeigte sich ein signifikanter Anstieg der subjektiven Sicherheit nach Absolvierung der Ausbildung (Tab. 3).

Die Implementierung des Peer-Beratungsangebotes in den Tätigkeitsbereichen der Teilnehmenden wurde bereits in den Schulungen vorbereitet und in der Praxis durch Mitglieder der Projektgruppe begleitet. Dies erfolgte durch datenschutzkonforme Mail- und Messengerkontakte sowie die Teilnahme an bereichsbezogenen Treffen der Peers. Bei der Nachbesprechung geführter Peer-Gespräche wurden so inter- und supervisorische Elemente kombiniert. Die Peer-Beratenden bauten in ihren

Bereichen eine settingangepasste Struktur auf (z. B. Meldewege und Informationsmaterial) und kommunizierten diese fortlaufend formell (z. B. in Dienstbesprechungen) und informell. Dabei wurden sie von Expertinnen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Leitungskräften und der Projektgruppe unterstützt und berichteten von einer zunehmenden Bekanntheit und Nutzung des Angebotes. Sie berichteten, der Umgang von (Pflege-)Teams mit psychischen Belastungen habe sich im Sinne eines »Kultur-Wandels« positiv verändert. Es gebe mehr Sensibilität, Akzeptanz und proaktive gegenseitige Unterstützung.

Diskussion

Die Evaluation unserer Peer-Schulung deutet auf eine insgesamt gute Durchführbarkeit und Akzeptanz des Konzeptes hin. Besonders die Inhalte wurden von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet. Zusammen mit den positiven Rückmeldungen zur Relevanz für die eigene Tätigkeit sehen wir darin eine Bestätigung der Themenauswahl, die mit einigen Erweiterungen den DGUV-Standards entspricht (DGUV, 2017b). Anpassungen bestanden vor allem in einer Ausweitung der Inhalte und Dauer, wobei auch die längere Schulungszeit einigen Teilnehmenden noch nicht ausreichte. Auch die Atmosphäre sowie die Beteiligungs- und Übungsmöglichkeiten während der Schulungen wurden positiv bewertet. Die Bewertungen zur Art der Vermittlung fielen kritischer aus, was eine weitere Anpassung der gewählten Vorgehensweisen nahelegt. So erscheint es sinnvoll, besonders für

	Empfundene Sicherheit bezüglich ...		
	... der theoretischen Grundlagen der Gespräche	... der praktischen Durchführung der Gespräche	... der Durchführung entlastender Gespräche insgesamt
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Prä	1,42 (0,81)	1,85 (0,67)	2,08 (0,84)
Post	2,85 (0,54)	2,62 (0,70)	2,46 (0,51)
Z	-4,40 (p = 0,000)	-3,47 (p = 0,001)	-2,35 (p = 0,019)

Tab. 3: Befragung der Teilnehmenden zur subjektiven Sicherheit bezüglich entlastender Gespräche mit Kolleg*innen Prä-Post-Ausbildung (p = 0,05; n = 26)

Anmerkungen: »sehr unsicher / 0«, »eher unsicher / 1«, »teils sicher / unsicher / 2«, »eher sicher / 3«, »sehr sicher / 4«

theoretische Einheiten weitere Medien zu integrieren, etwa – wie auch von Teilnehmenden vorgeschlagen – Filmsequenzen zur prototypischen Vorstellung von Gesprächsführungstechniken. In Bezug auf die subjektive Sicherheit bei der Durchführung von entlastenden Gesprächen mit Kolleg*innen zeigten sich signifikante Effekte durch die Ausbildung, insbesondere beim theoretischen Wissen, aber auch noch Festigungsbedarf. Die Erhebung anhand subjektiver Bewertungen erschien für die hier vorgestellte Akzeptanz- und Machbarkeitsstudie angemessen und entspricht auch dem Vorgehen bei der Evaluation vergleichbarer Programme (z. B. Edrees et al., 2016; Scott et al., 2010; van Pelt, 2008). In künftigen Untersuchungen, mit einem noch stärkeren Fokus auf die Effekte des Programms, sollen sie durch objektive Maße, etwa zum Wissenszuwachs durch die Teilnahme, ergänzt werden. Auch die relativ kleine Stichprobe, das Fehlen der Perspektiven Dritter (z. B. betroffener Beschäftigter und Führungskräfte) und von weiteren Erhebungszeitpunkten zur Beurteilung der Effekte im Verlauf stellen Limitationen des hier vorgestellten Studiendesigns dar.

Der hier skizzierte internationale Kenntnisstand zu Konzepten der betrieblichen Prävention von (Extrem-) Stress und psychischer Traumatisierung zeigt, dass bislang weder die wissenschaftliche Evidenz entsprechender Interventionen gesichert ist noch allgemeingültige Standards für deren Struktur und Implementierung vorliegen. Ähnlich wie andere Konzepte ging auch unseres von direkt vermittelten psychosozialen Bedarfen von Beschäftigten in der beruflichen Praxis aus, wurde basierend auf der bestmöglichen Evidenz entwickelt und mit einem explorativen Evaluationsansatz als Innovation im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements in verschiedenen Klinikbereichen implementiert. Orientierung und Rahmung boten dabei die genannten Leitlinien zu kollegialen Unterstützungssystemen und die Standards der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, 2017b), wobei eine Anpassung an die Bedingungen und Bedarfe unserer Anwendungsbereiche und unserer Zielgruppen notwendig war. Von dieser Notwendigkeit ist auch für andere Branchen und Berufsgruppen auszugehen, etwa bezüglich als be-

sonders belastend erlebter Arbeitssituationen.

Weitere Entwicklung in der COVID-19-Pandemie

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wird dem Thema (Extrem-) Stressbelastung von Beschäftigten im Gesundheitswesen eine erhöhte fachliche, politische, mediale und gesellschaftliche Aufmerksamkeit zuteil, und entsprechende betriebliche Präventionskonzepte erscheinen wichtiger denn je. Auch in den bereits beteiligten Bereichen unseres Klinikums brachte die Pandemie eine erhöhte Beanspruchung der Beschäftigten mit sich und stellte eine ungeplante Bewährungsprobe für unser Konzept dar. Zusätzlich zu Einzelgesprächen wirken die Peer-Beratenden dort inzwischen an der Erfassung der psychosozialen Situation und der Bedarfe von Beschäftigten in besonders beanspruchten Bereichen (vor allem der Klinik für Intensivmedizin) und dadurch am Erstellen eines psychosozialen Lagebildes mit. Sie und weitere Projektbeteiligte sind zum Teil auch in die

psychosoziale (Notfall-)Versorgung im Rahmen der Pandemie.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Das hier vorgestellte Konzept wurde bis 2019 mit betriebsinterner Finanzierung erarbeitet. Seitdem erfolgt mit Förderung durch die Techniker Krankenkasse (TK) seine weitere betriebliche Etablierung. Dies beinhaltet u. a. die Ausweitung auf neue Klinikbereiche und Berufsgruppen (ärztliche und therapeutische Beschäftigte sowie Medizinische Fachangestellte). Was zur gesamtbetrieblichen Akzeptanz, nachhaltigen Implementierung und Einbettung des Konzeptes sowie zu seiner fachlichen Absicherung und Weiterentwicklung erforderlich ist, sind dabei wichtige Forschungsfragen. Die Ergebnisse sollen mit den Erfahrungen aus dem Projektverlauf und der betrieblichen Bewältigung der Pandemiekrise die Grundlage eines evidenzbasierten und nachhaltig implementierten Präventionskonzeptes bilden. Die aktuelle Pandemie hat die psychische Beanspruchung von

Entwicklung von Präventionskonzepten sollte die Orientierung an aktueller wissenschaftlicher Evidenz und den darauf basierenden Leitlinien die Grundlage für die Entwicklung und Implementierung betrieblicher Präventionskonzepte sein. Die Integration von psychotraumatologischen, gesundheits- und arbeitswissenschaftlichen Perspektiven erscheint dabei zentral, um eine optimale Anschlussfähigkeit entwickelter Maßnahmen im Kontext von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung zu erreichen. Mit seiner fachlichen Fundierung und seinem partizipativen Ansatz kann das hier vorgestellte Konzept aus unserer Sicht einen entsprechenden Beitrag leisten und scheint bei settingbezogenen Anpassungen grundsätzlich auch für andere Kontexte als den einer Klinik der Maximalversorgung geeignet.

Stress and Trauma Prevention for Employees in the Health Sector

Abstract: *Employees working in acute medical-care settings are exposed to high levels of psychological stress. These have been further exacerbated by the COVID pandemic. Different strategies for the prevention of stress in general occupational contexts have been proposed, many of them involving peer support. However, only very few of them have been empirically validated, and it remains to be seen whether they are appropriate for the health-care sector. The Hamburg Strategy for Stress and Trauma Prevention builds on the standards established by German Social Accident Insurance (DGUV), adding to them the components »chronic stress in the work context« and »operational implementation«. An evaluation of training for peer supporters (N = 26), a key as-*

Die COVID-Pandemie stellte eine Bewährungsprobe für das Konzept dar und führte zur Entwicklung weiterer Elemente.

Entwicklung und Durchführung weiterer Unterstützungsangebote (z. B. team- und gruppenbezogene Interventionen) einbezogen. Mit dieser Erweiterung ihrer Aktivitäten leisten sie einen wertvollen Beitrag zur Arbeit der Projektgruppe und eines betriebsinternen Steuerungskreises für

Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen allgemein und in medizinischen Akutbereichen im Besonderen weiter erhöht und ihr insgesamt mehr Aufmerksamkeit verschafft. Trotz eines gewissen daraus resultierenden Handlungsdrucks zur

pect of the strategy, indicates a high level of acceptance. It has also yielded positive effects with regard to the anticipated assurance of participants in supporting relevant colleagues. The COVID pandemic has put the strategy to the test and has stimulated the development of further elements. With appropriate setting-related adjustments, the strategy would also appear to be suitable for contexts other than a maximum-care hospital.

Keywords: stress, trauma, prevention, peer support, occupational health management

Zur Person



Christian Hannig ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Ethnologe (BA) und Mitarbeiter der Spezialambulanz für Traumafolgestörungen und der Arbeitsgruppe Trauma und Stress der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Zur Person



PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Annett Lotzin ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Trauma und Stress am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Zur Person



Sascha Milin (M. A.) ist Medizinethnologie, Promotionskandidat am Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg und Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Trauma und Stress der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Zur Person



Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er ist Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, leitet dort die Traumaambulanz und die Arbeitsgruppe Trauma und Stress.

Kontaktadresse

Dipl.-Psych. Christian Hannig
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialambulanz für Traumafolgestörungen
Martinistraße 52, W37
20246 Hamburg
Tel.: ++49 (0)40 7410 54577
c.hannig@uke.de

Literatur

- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (2), 649–661.
DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004.
- Adriaenssens, J., de Gucht, V. & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (11), 1411–1422.
DOI 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003.
- Arndt, D. & Beerlage, I. (2020). Psychische Belastungen und Belastungsfolgen in der Akut-, Intensiv- und Notfallmedizin. In S. Kluge, M. Heringlake, U. Janssens, B. W. Böttiger (Hrsg.), *DIVI Jahrbuch 2019|2020*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Beerlage, I. (2020). Übertragbarkeit der Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr auf innerklinische Krisenhilfen? Vortrag gehalten anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), online verfügbar.
- Bengel, J. et al. (2019). S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-027.html>.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). (2012). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. Bonn.
- Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Scott, S. D., Johnson, S. & Hoffman, J. M. (2016). The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *Journal of patient safety*.
DOI 10.1097/PTS.0000000000000301.
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M. & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers. A short current review. *Psychiatrische Praxis*, 47 (4), 190–197.
DOI 10.1055/a-1159-5551.
- Chuang, C.-H., Tseng, P.-C., Lin, C.-Y., Lin, K.-H. & Chen, Y.-Y. (2016). Burnout in the inten-

- sive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95 (50), e5629. DOI 10.1097/MD.0000000000005629.
- Colville, G. A., Dawson, S., Rabinthiran, S., Chaudry-Daley, Z. & Perkins-Porras, L. (2019). A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, 20 (3), 196–203. DOI 10.1177/1751143718787753.
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., Tam, O. & Perkins-Porras, L. (2017). Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18 (7), 267–273. DOI 10.1097/PCC.0000000000001179.
- Creamer, M. C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., Moreton, G., O'Donnell, M., Richardson, D., Ruzek, J., Watson, P. & Forbes, D. (2012). Guidelines for peer support in high risk organizations: An international consensus study using the delphi method. *J. Traum. Stress*, 25, 134–141. DOI 10.1002/jts.21685.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2017a). Grundsatz 306-001. Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation. Berlin: DGUV. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/306-001.pdf> [Abruf: 20.02.2018].
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2017b). Information 206-023. Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. Berlin: DGUV. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/206-023.pdf> [Abruf: 20.02.2018].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Kluge, S., Heringlake, M., Janssens, U. & Böttiger, B. W. (Hrsg.). (2020). Jahrbuch 2019/2020. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI, 2020). Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19-dokumente/schutz-und-erhalt-der-psychischen-gesundheit-von-mitarbeitern-in-notaufnahmen-und-auf-intensivstationen-waehrend-der-covid-19-pandemie> [Abruf: 20.11.2020].
- de Wijn, A. N. & van der Doef, M. P. (2020). Patient-related stressful situations and stress-related outcomes in emergency nurses: A cross-sectional study on the role of work factors and recovery during leisure time. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103579. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2020.103579.
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PloS one*, 9 (12), e114714. DOI 10.1371/journal.pone.0114714.
- Dunn, R., Brooks, S., Rubin, J. & Greenberg, N. (2015). Psychological impact of traumatic events – Guidance for trauma-exposed organisations. *Occupational Health at Work*, 12 (1), 17–21.
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H. & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*, 6 (9), e011708. DOI 10.1136/bmjopen-2016-011708.
- Gräff, I., Schütte, N., Seinsch, P., Glien, P., Pröbstl, A. & Kaschull, K. (2017). Etablierung einer klinischen Krisenintervention. *Notfall Rettungsmed*, 20, 345–351. DOI 10.1007/s10049-016-0248-4.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368. DOI 10.1136/bmj.m1211.
- Greenberg, N., Langston, V., Everitt, B., Iversen, A., Fear, N. T., Jones, N. & Wessely, S. (2010). A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRIM) in a military population. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 430–436. DOI 10.1002/jts.20538.
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V. & Fong, K. (2020). The mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *MedRxiv*. DOI 10.1101/2020.11.03.20208322.
- Hausmann, C. (2011). Entlastungsgespräche unter KollegInnen nach kritischen Ereignissen – ein Konzept für Pflegepersonen. *Journal für Psychologie*, 19 (3). Verfügbar unter: <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/98>.
- Hinzmann, D., Schießl, A., Koll-Krüsman, M., Schneider, G. & Kreitlow, J. (2019). Peer-Support in der Akutmedizin. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*. DOI 10.19224/ai2019.095.
- Hughes, R., Kinder, A. & Cooper, C. L. (Eds.) (2012). *International Handbook of Trauma Workplace Support*. Chichester: Wiley-Blackwell. DOI 10.1002/9781119943242.
- Hunt, E., Jones, N., Hastings, V. & Greenberg, N. (2013). TRIM: An organizational response to traumatic events in Cumbria Constabulary. *Occupational medicine*, 63 (8), 549–555. DOI 10.1093/occmed/kqt113.
- Jäntsch, B., Mangler-Bade, H., Götz, M. & Backenstrass, M. (2017). Multiprofessionelles Kriseninterventionsteam in der Psychiatrie und im Krankenhaus der Maximalversorgung. *Nervenheilkunde*, 36 (10), 818–824. DOI 10.1055/s-0038-1627530.
- Jasper, S., Stephan, M., Al-Khalaf, H., Rennekampff, H.-O., Vogt, P. M. & Mirastschijski, U. (2012). Too little appreciation for great expenditure? Workload and resources in ICUs. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85 (7), 753–761. DOI 10.1007/s00420-011-0721-9.
- Jones, N., Roberts, P. & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occupational Medicine*, 53 (7), 469–475. DOI 10.1093/occmed/kgq093.
- Kirkpatrick, D. L. & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. (3 ed.). Columbus: McGraw-Hill Professional.
- Köllner, V. (2015). Psychisch krank in der Pflege: Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. *WISO 03/2015*. Friedrich Ebert Stiftung.
- Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., Kunz, M., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., Hierundar, A., Wagner, E. & Hasan, A. (2020). Subjective burdens and perspectives of German health-care workers during the COVID-19 pan-

- demic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1–11.
DOI 10.1007/s00406-020-01183-2.
- Kuhn, E. & Seidlein, A.-H. (2021). Intensivpflege in Zeiten der COVID-19 Pandemie: Zur Frage des Verhältnisses von Fürsorge und Selbstsorge. *Ethik in der Medizin*, 33 (1), 51–70. DOI 10.1007/s00481-021-00606-5.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3 (3), e203976.
DOI 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., Gavel, E. & Forbes, D. (2013). Organizational Implementation of Psychological First Aid (PFA): Training for Managers and Peers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.
DOI 10.1037/a0032556.
- 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. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33 (4), 215–225.
DOI 10.1097/DCC.0000000000000056.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C.J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26 (12), 1118–1126.
DOI 10.1002/da.20631.
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss, M. (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175 (7), 693–697.
DOI 10.1164/rccm.200606-735OC.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). NICE-Guidelines Post-traumatic Stress Disorder. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2008). Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK). (2015). Psychische Erste Hilfe. Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_ger.pdf?sequence=57 [Abruf: 05. 01. 2018].
- Phoenix Australia (2013). Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Verfügbar unter: <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf> [Abruf: 20. 01. 2021].
- ProDeMa. (2021). Kollegiale Erstbetreuung. Verfügbar unter: <https://prodema-online.de/fileadmin/Downloads/Veranstaltungen/Informations-Broschueren/prodema-kebedeutschland.pdf> [Abruf: 02. 03. 2021].
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevels-rud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R. & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer.
DOI 10.1007/978-3-662-59783-5.
- Schöllgen, I. & Schulz, A. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Traumatische Belastungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA). Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2353-1g.html>.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C. & Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (5), 233–240.
DOI 10.1016/S1553-7250(10)36038-7.
- Seys, D., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S., Conway, J., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2012). Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review. *Evaluation & the health professions*, 36.
DOI 10.1177/0163278712458918.
- Skeffington, P.M., Rees, C. S. & Kane, R. (2013). The Primary Prevention of PTSD: A Systematic Review, *Journal of Trauma & Dissociation*, 14 (4), 404–422.
DOI 10.1080/15299732.2012.753653.
- Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B., Huf, W. & Pitz, A. (2020). Handlungsempfehlung: Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*.
DOI 10.1007/s40664-020-00405-7.
- The European Network for Traumatic Stress (TENTS). (2008). The TENTS guidelines – for psychosocial care following disasters and major incidents. Cardiff University.
- United Kingdom Psychological Trauma Society (2014). Traumatic Stress Management Guidance. Verfügbar unter: <https://ukpts.org/wp-content/uploads/2018/03/UKPTS-Guidance-on-Traumatic-Stress-Management.pdf> [Abruf: 10. 01. 2018].
- van Pelt, F. (2008). Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *BMJ Quality & Safety*, 17 (4), 249–252.
DOI 10.1136/qshc.2007.025536.
- World Health Organization (WHO) (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO. Verfügbar unter: https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/.
- Wu, A. W., Connors, C. & Everly Jr., G. S. (2020). COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. *Ann Intern Med*.
DOI 10.7326/M20-1236.
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M. & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*, 18. DOI 10.3205/000281.
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Zhang, B. et al. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 306.
DOI 10.2139/ssrn.3542175.