



Implementierung eines Klinischen Kriseninterventionsteams

-

Inhaltliche, organisationale
und strukturelle Empfehlungen

Hanna Batzoni, Teresa Deffner, Christian Borscheid, Anke Hierundar, Dominik Hinzmann, Christian Bock, Georg Roth, Urs Münch, Borris Pietzarka, Sophie Peter, Lotte Schwärzel, Dagmar Arndt

**für das Netzwerk Klinische Krisenintervention
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv-
und Notfallmedizin**

Krisenintervention in Krankenhäusern

Im Versorgungsalltag in Krankenhäusern können jederzeit Situationen auftreten, die von Patienten, Patientinnen oder An- und Zugehörige als extrem bedrohlich, unkontrollierbar, d.h. potenziell traumatisierend erlebt werden und ihre psychischen Handlungs- und Bewältigungsfähigkeiten überfordern. Hierbei kann es sich beispielsweise um einen akut lebensbedrohlichen Zustand von Patientinnen und Patienten handeln, der von diesen selbst und/ oder den Zu- und Angehörigen erlebt wird. Auch die grundsätzliche Lebensbedrohung beispielsweise im Rahmen von Diagnoseeröffnungsgesprächen bei Erkrankungen mit kurz- oder mittelfristig lebenslimitierender Prognose kann bereits zum Zeitpunkt der Diagnoseübermittlung als sehr bedrohlich erlebt werden. Zur Reduktion der akuten Belastung sowie zur Bewältigungsunterstützung liegen verschiedene Leitlinien und Handlungsempfehlungen, teilweise aus anderen Settings, vor (u.a. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe [BBK], 2012; Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie [DeGPT] et al., 2019; Hobfoll et al., 2007; Hobfoll et al., 2021).

Zielgruppen Patientinnen/ Patienten, An- und Zugehörige, Mitarbeitende

Neben den primär Betroffenen – hier Patientinnen, Patienten und/ oder Zu- und Angehörige – können auch die im Krankenhaus tätigen Mitarbeitenden mit Situationen konfrontiert sein, die als extrem belastend und/ oder bedrohlich wahrgenommen werden. Dazu zählen z.B. erfolglose Reanimationen, Gewalterfahrungen oder Behandlungsfehler (Arndt & Beerlage, 2019, Schrappe, 2018; Strametz et al., 2021). Im ungünstigsten Fall führen diese Ereignisse zu psychischen Beanspruchungsfolgen (z.B. Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Depressivität, etc.) sowie Arbeitsausfällen. 2022 einigten sich internationale Expertinnen und Experten des European Researchers' Network Working on Second Victims (Vanhaecht et al., 2022) auf eine neue internationale Definition des Begriffs „Second Victim“ und beschreiben „alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die direkt oder indirekt an einem unerwarteten unerwünschten Ereignis für den Patienten, einem unbeabsichtigten Behandlungsfehler oder einer Verletzung des Patienten beteiligt sind und in dem Sinne Opfer werden, dass sie ebenfalls negativ betroffen sind“. Die Vermeidung dieser Ereignisse und die Gewährung von psychosozialer Unterstützung im Kontext dieser Ereignisse sind Aufgabe der Arbeitgeber im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht (vgl. ArbSchG). Leitlinien und Standards für psychosoziale Unterstützung, die zeitnah (sowie mittel- und langfristig) nach berufsbedingten, potenziell traumatisierenden Ereignissen empfohlen werden, liegen u.a. von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung [DGUV] vor und unterstützen Arbeitgeber bei der Gewährleistung der Fürsorgepflicht (DGUV, 2015; 2017a, 2017b).

Krisenintervention als Strukturmerkmal von Intensivstationen

Die Vorhaltung von Krisenintervention wird als notwendiges Strukturmerkmal für die Zentren für Intensivmedizin formuliert (G-BA, 2023) und ist auch gemäß den Strukturempfehlungen zur Ausstattung von Intensivstationen in Form einer **zeitnahen** psychosozialen Unterstützung für Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende in den Level 2 und 3-Intensivstationen [ITS] vorzuhalten (Waydhas et al., 2023). Aufgrund der Struktur der Patientenversorgung im Krankenhaus (Zuweisung auf die ITS via Normalstation oder Notaufnahme) muss in diesem Zusammenhang unbedingt die Notaufnahme [ZNA] als relevanter Versorgungsbereich für die klinische Krisenintervention mitgedacht werden, da in spezifischen Situationen wie z.B. Kinderschockraumversorgung oder Begleitung Angehöriger nach frustraner Reanimation in der ZNA eine Versorgung An- und Zugehöriger unmittelbar mit dem Eintreffen derer in der ZNA erforderlich ist. Das Netzwerk Klinische Krisenintervention der DIVI e.V. bringt in diesen Empfehlungen vornehmlich die Erfahrung aus der Klinischen Notfallmedizin und der Intensivmedizin ein. Dessen ungeachtet besteht ein Regelungsbedarf bezogen auf die Klinische Krisenintervention für alle Bereiche des Krankenhauses.

Definition Krisenintervention

Sowohl die empfohlenen Interventionen für Patienten, Patientinnen und An- sowie Zugehörige als auch die Hilfen für betroffenes Personal, welche zeitnah (Akuthilfen) nach extrem belastenden Ereignissen vorgehalten werden sollen, beziehen sich auf kurzfristig und niedrigschwellig verfügbare, ereignisbezogene, methodisch strukturierte, psychosoziale Unterstützungsangebote durch speziell geschulte Mitarbeitende. Die beschriebenen Angebote folgen im Kern der Logik der Krisenintervention (BBK, o.J.; DGUV, 2017b; Schürmann, 2019). Krisenintervention ist in Abgrenzung zur Psychotherapie (G-BA, 2024 Psychotherapie-Richtlinie §4, Abs.1) keine heilkundliche Behandlung, sondern agiert supportiv und ressourcenkomplementär, indem sie Entlastung und Beruhigung bietet, Grundbedürfnisse adressiert, die Handlungsfähigkeit der Betroffenen stärkt, personale und soziale Bewältigungsressourcen mobilisiert, problematische Verläufe frühzeitig erkennt und über weiterführende Hilfen im Bedarfsfall informiert bzw. in diese vermittelt (Beerlage, 2015; Hobfoll et al., 2007; Hobfoll et al., 2021; Schmidt, 2021).

Krisenintervention in Großschadenslagen und Individualmedizin

Mit der Pandemie fand das Thema verstärkt Eingang in die Diskussion um innerklinisch vorzuhaltende psychosoziale Unterstützungsangebote (BBK, 2021; Deffner et al., 2020; DIVI, 2020; Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2020). Zunehmend entstehen themenbezogene Leitlinien, die ihren Fokus stark auf Großschadenslagen und länger anhaltende Krisen setzen (z.B. S2k-Leitlinie Behandlungsleitlinien und Behandlungsstrategien für den Einsatz in der klinischen Krisen- und Katastrophenmedizin; S3-Leitlinie Psychische Gesundheit von Gesundheitspersonal in anhaltenden Krisen und Katastrophen).

Potenziell traumatisierende bzw. krisenhafte Ereignisse spielen aber auch im Versorgungsalltag außerhalb von Großschadensereignissen eine Rolle für die Gesundheit des Personals sowie der Patienten, Patientinnen und An- sowie Zugehörigen. Angebote für das Personal gehen aktuell v.a. im Rahmen kollegialer psychosozialer Unterstützung auf (s.a. kollegiale Erstbetreuung, betriebliche psychologische Erstbetreuung, Peer Support). Vorschläge für Ausbildungsstandards liegen vor (DGUV, 2017b).

Angebote für Patienten, Patientinnen und An- sowie Zugehörige sind aktuell noch klinik- und settin-gabhängig und variieren je nach Standort, Schwerpunkt und Größe des Krankenhauses. Ganz allgemein bilden Behandlungsleitlinien die Grundlage für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Krisensituationen (siehe Anhang für eine Übersicht über relevante Leitlinien). Die Festschreibung von Krisenintervention in Leitlinien sagt jedoch nichts über deren praktische Umsetzung in den Kliniken vor allem hinsichtlich der kurzfristigen zeitlichen Verfügbarkeit des Angebotes aus. An- und Zugehörige sind im Krankenhaus grundsätzlich nicht Fokus der Versorgung und werden nur in wenigen Leitlinien als Zielgruppe aufgeführt (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin, S3-Leitlinie Sepsis, S2e-Leitlinie Multimodale Neurorehabilitationskonzepte für das Post-Intensive-Care-Syndrom [PICS]; S2k-Leitlinie Psycho-soziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen, S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten).

Differenzierung der Angebote nach Zielgruppen

Die differenzierte Vorhaltung von Angeboten für Patienten, Patientinnen, An- und Zugehörige und Mitarbeitende folgen der bereits in präklinischen Settings sichtbar gewordenen unterschiedlichen Bedürfnisse, Ausgangsbedingungen und Perspektiven der verschiedenen Betroffenenengruppen (Beerlage, 2021).

Außerhalb von Krankenhäusern wurde der Themenbereich u.a. in Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie im präklinischen Rettungsdienst umfassend im Rahmen der „Psychosozialen Notfallversorgung“ (PSNV) für Betroffene (PSNV-B) und Einsatzkräfte (PSNV-E) adressiert. Diese beinhaltet ein „System psychosozialer Maßnahmen der kurz- mittel- und langfristigen Unterstützung,

Beratung und Therapie im Zusammenhang mit Notfallereignissen“ (Beerlage, 2021, Abs.3). Darüber hinaus werden im Bereich des Personals auch Maßnahmen der psychosozialen (Primär-)Prävention (z.B. Vorbereitung auf belastende Situationen) und Gesundheitsförderung (Förderung allgemeiner psychosozialer Gesundheit) zur PSNV gezählt, die neben diesen Angeboten auch Anbieterinnen und Anbieter (z.B. (Notfall-)Seelsorger, Krisenintervention, Notfallpsychologie, Psychotherapie, psychosoziale Beratung) umfasst (ebd.) Es existieren für den präklinischen Bereich behörden- und organisationsübergreifend konsertierte Qualitätsstandards für die Ausbildung, die strukturelle Einbindung und die inhaltliche Umsetzung der PSNV (BBK, 2012).

Noch keine Systematisierung Klinischer Krisenintervention

Diese notwendige Systematisierung wurde im innerklinischen Bereich noch nicht vollzogen. Dabei werden Kliniken vor der Herausforderung stehen die strukturelle Einbindung der Angebote zu lösen, Qualitätsstandards zu definieren, Schnittstellen zu erkennen und zu managen etc. Die Konzepte aus der Präklinik sind dabei nicht vollends übertragbar (Beerlage, 2020). Es bedarf einer weiteren Systematisierung der verwendeten Begrifflichkeiten, des Handlungsverständnisses und der Stufung von Angeboten, als auch der rechtlichen Klärung ausgewählter Fragen im klinischen Bereich – und zwar sowohl bezogen auf die adressierten Zielgruppen als auch auf den individualmedizinischen und katastrophenmedizinischen Handlungskontext. Dies ist im Rahmen dieser Empfehlung nicht zu leisten.

Die vorliegende Empfehlung soll aber an dem Punkt der Akuthilfen ansetzen und Wissen sowie Praxiserfahrungen von bereits bestehenden Strukturen zur Implementierung von Angeboten bündeln. Sie ist somit als erfahrungsbasierte Empfehlung zu verstehen, die es in den nächsten Jahren weiter auszudifferenzieren und zu ergänzen gilt. Nachfolgend wird für die akut vorzuhaltenden Angebote der Begriff der Klinischen Krisenintervention verwendet, wohingegen die Anbieter als klinische Kriseninterventionsteams bezeichnet werden. Im Rahmen der Empfehlung werden die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der Kriseninterventionsteams als Teammitglieder bezeichnet.

Die Empfehlungen gelten für Angebote/Anbieter für Patienten, Patientinnen/ An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende, die Logik der getrennt vorzuhaltenden Anbietersysteme soll aber nicht unterwandert werden. Eine geeignete sprachliche Regelung muss zukünftig noch ausdifferenziert werden.

Schritte zur Implementierung klinischer Kriseninterventionsteams

Nachfolgend werden pragmatisch Schritte zur Etablierung eines klinischen Kriseninterventionsteams vorgestellt. Dabei werden sowohl inhaltliche als auch organisatorische und strukturelle Aspekte berücksichtigt. Die Empfehlung stellt daher einen ersten Vorschlag dar, wie Krisenintervention in Krankenhäusern für die unterschiedlichen Zielgruppen implementiert werden kann. Dabei legen die Autorinnen und Autoren des Netzwerkes Klinische Krisenintervention in der DIVI e.V. besonderen Wert auf einen Ansatz, der bestehende Ressourcen des Krankenhauses optimal nutzt, vernetzt und diese personell und fachlich ergänzt, wo es erforderlich ist. Auf diese Weise können Krankenhäuser ein System der Krisenintervention etablieren, welches für Patienten, Patientinnen, Zu- und Angehörige (das soziale Umfeld) und die Mitarbeitenden nutzbar ist und dadurch die Empfehlung von Behandlungsleitlinien (siehe Anhang) und Empfehlungen der Unfallversicherer konsequent – vor allem durch zeitnahe und professionelle Unterstützung – umsetzt.

Nutzung dieser Empfehlung

Die Empfehlung ist als „Checkliste“ zu verstehen, die im Rahmen eines Implementierungsprozesses genutzt und auf die in den verschiedenen Phasen der Implementierung zurückgegriffen werden kann. Daher werden jeweils nur die relevanten Themenbereiche bzw. die zu berücksichtigenden Fragestellungen genannt, ohne eine allgemeine Lösung für die Fragestellung zu unterbreiten.

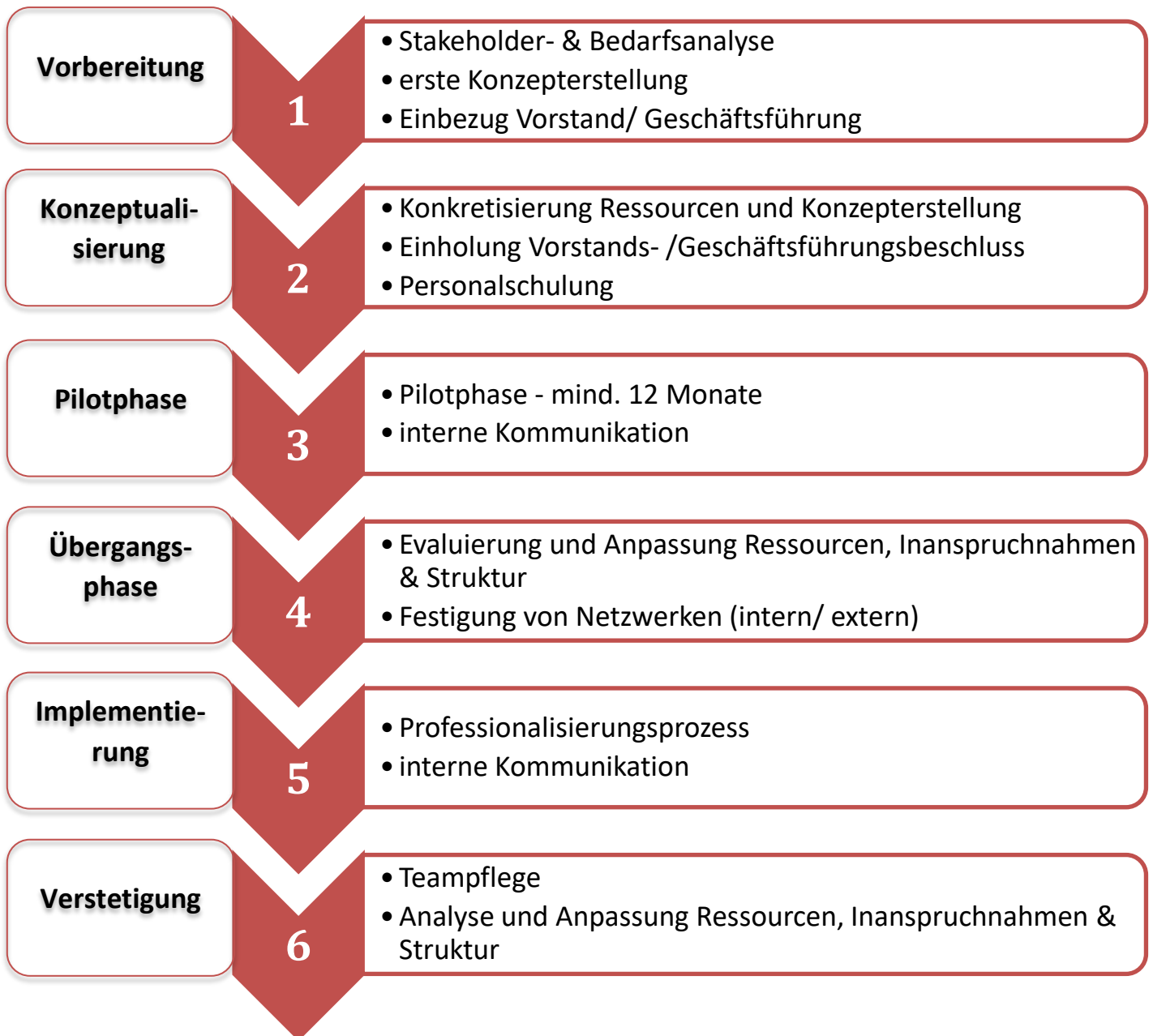
Aufgrund noch fehlender Standardisierung der Thematik „Klinische Krisenintervention“ kann aktuell am besten die Etablierung einer Struktur, die auf lokale Besonderheiten des Krankenhauses und insbesondere auf die Bedarfe der Inanspruchnehmenden Bereiche des Krankenhauses abgestimmt ist, empfohlen werden.

Darüber hinaus finden sich „Lessons Learned“ in den einzelnen Implementierungsschritten, die von den Autorinnen und Autoren als besonders wichtige Erfahrungen für eine erfolgreiche Implementierung gewertet wurden.

Die Empfehlung soll folgendermaßen zitiert werden:

Netzwerk Klinische Krisenintervention der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2024). Implementierung eines klinischen Kriseninterventionsteams: Inhaltliche, organisationale und strukturelle Empfehlungen. https://divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/psychologische-versorgungsstrukturen-in-der-intensivmedizin/Implementierung_Kriseninintervention_final20240508.pdf

Graphische Übersicht der Implementierungsschritte eines klinischen Kriseninterventionsteams



Quelle: Eigene Darstellung 2023

Phase 1: Vorbereitungsphase

- **Ausgangssituation**
 - Von wem geht die Motivation/ Initiative zur Implementierung eines Kriseninterventionsteams aus?
 - Was ist die genaue Idee/ Definition der geplanten Intervention → was soll angeboten werden?
 - Welche Personengruppen sollen mit dem Angebot versorgt werden: Patienten und Patientinnen, Zu- und Angehörige, Mitarbeitende → eine oder mehrere Personengruppen?

- **Interne Stakeholder-Analyse**
 - Wer sind wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Vorhaben?
 - Welche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, also welche Mitarbeitende mit Erfahrungen im Bereich der Klinischen Krisenintervention oder der kollegialen Begleitung sind von Beginn an relevant?

- **(qualitative) Bedarfsanalyse mit Hilfe der identifizierten Stakeholder**
 - Welche Bedarfe werden wo in der Klinik eruiert?

Nach diesen Schritten: Abgleich – eruierte/ identifizierte Bedarfe und Ausgangssituation (Grundidee); ggf. Anpassung der geplanten Intervention

- **Erste Konzeptentwicklung**
 - Pilotprojekt inkl. Projektstruktur und geplanter Evaluationsmaßnahmen, geplanter Startzeitpunkt
 - Notwendige Qualifikation und geplante Qualifizierung von potentiellen Mitarbeitenden der klinischen Krisenintervention → interne & externe Fort- und Weiterbildung
 - Ggf. Klärung von Dienstplangestaltung → Bereitschaftszeiten (Beachtung von Arbeitszeit und personellen Ressourcen des neu zu bildenden Kriseninterventionsteams)
 - (technische) Umsetzung von Dokumentation, Rufdiensten und Dienstplänen, Erreichbarkeit
 - verfügbare Zeiten der Krisenintervention

- **Detaillierte Information und Zustimmung des Vorstandes/ der Geschäftsführung**

Lessons Learned:

- Interne Stakeholder-Analyse sollte bereichs- und hierarchieübergreifend erfolgen.
- Folgende Bereiche involvieren: Vorstand/ Geschäftsführung, Personal-/ Betriebsrat, Arbeitsmedizin/betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Gesundheitsmanagement, klinisches Risikomanagement, Arbeitssicherheit, Klinik-/ Krankenhausseelsorge, Notaufnahmen, Geburtshilfe und alle Intensivbereiche.
- Entwicklung von Parallelstrukturen mit gleichem/ähnlichem Angebot bereits an dieser Stelle identifizieren und vermeiden. Eine Kooperation verschiedener Stakeholder im Rahmen der Klinischen Krisenintervention ist unbedingt zu empfehlen.
- Je nach Versorgungsstufe und Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses können weitere Fachabteilungen und Funktionsbereiche wichtig sein.
- Mitarbeitende sollten berufsgruppen- und hierarchieübergreifend einbezogen werden.
- Das Kriseninterventionsteam kann von Mitarbeitenden unabhängig vom Arbeitsbereich bzw. der Berufsgruppe und der Hierarchie gebildet werden (Multiprofessionalität): die Qualifizierung der Mitarbeitenden und die Qualitätssicherung ihrer Arbeit ist entscheidend.

Anmerkung: Bislang gibt es nur wenig Curricula für die Ausbildung klinischer Kriseninterventionskräfte im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Patienten, Patientinnen, Zu- und Angehöriger bzw. Mitarbeitenden. Wobei die bereits implementierten Kriseninterventionsteams in der Praxis Kolleginnen und Kollegen ausbilden. Damit bestehen bereits erste klinische Curricula, welche nicht für die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Entsprechende Curricula der Präklinik beinhalten meist keine Berücksichtigung der Spezifika innerklinischer Handlungs- und Weisungslogiken, zudem ist eine Abstimmung mit Klinikkonzepten zu Massenanfall von Verletzten [MANV] sowie spezifischer Risikosituationen notwendig (z.B. Suizid von Patientinnen, Patienten oder Mitarbeitenden).

Phase 2: Konkrete Konzeptualisierung

- **Konkretisierung des ersten Konzeptentwurfs unter Einbezug des Vorstandes/ der Geschäftsführung für die Pilotphase (Phase 3)**
 - Organisationelle Einordnung/ Verortung im Organigramm des Krankenhauses
 - Finanzierung (Personal- und Sachkosten)
 - Budget
 - Kostenstelle
 - Kostenverteilung
 - Klärung – Teammitglieder Krisenintervention
 - Status der Mitarbeitenden
 - Versicherung der Mitarbeitenden in Rufzeiten
 - Auswahl und Qualifikationen der Mitarbeitenden
 - Klärung Alarmierungssystem
 - Prozess
 - Technik
 - Dokumentation der Kriseninterventionstätigkeit bei Unterstützung von
 - Mitarbeitenden
 - Patientinnen und Patienten
 - Zu- und Angehörigen/ dem sozialen Umfeld
 - Teamgröße und teaminterne Organisation → Klärung Leitung
 - Planung Kommunikation im Team und klinikinterne Kommunikation
- **Einholen eines Vorstands-/ Geschäftsführungsbeschlusses**
- **Start: Auswahl und Qualifizierung Teammitglieder**

Lessons Learned:

- Die Erstellung eines ausbaufähigen Stufenplans mit Erweiterung der Rufzeiten je nach Evaluierung der Pilotphase ist sinnvoll.
- Absolute Zuverlässigkeit der angebotenen Zeiten ist wichtig für die Annahme des Angebotes.
- Der Einbezug von klinikinternen Stakeholdern als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen ist in dieser Phase wichtig, um das Angebot inhaltlich bedarfsgerecht zu planen.

Phase 3: Pilotphase

- **Dauer: mind. 12 Monate bis 24 Monate**
- **Durchführung**
 - kleines ausgebildetes Team
 - festgelegte Leitung während der Pilotierung
 - wissenschaftliche Evaluierung der gesamten Pilotphase
 - regelmäßige Berichterstattung an Leitung des Bereiches, dem das Klinische Interventionsteam untersteht
- **Beginn Netzwerkbildung und Kooperationen klinikintern und –extern:** Identifizierung wichtiger externer lokaler Stakeholder, Schnittstellen und Nachsorgeeinrichtungen
- **Beginn Teampflege**
 - regelmäßige Teamsitzungen
 - ggf. Supervision

Lessons Learned:

- Die Pilotphase sollte nicht zu kurz angesetzt sein, da die Implementierung in die Praxis ausreichend Zeit benötigt und die Anzahl der Inanspruchnahmen des klinischen Kriseninterventionsteams steigt.
- Externe lokale Stakeholder, Schnittstellen und Nachsorgeeinrichtungen werden für eine gesicherte Weiter- bzw. Nachsorge benötigt. Diese Schnittstellen müssen aktiv vom klinischen Kriseninterventionsteam besprochen und geplant werden.

Phase 4: Übergangsphase

- **Reevaluierung des Grundkonzeptes**
 - Übergang zwischen der Pilotphase und der Implementierung eines klinischen Kriseninterventionsteams
 - Ggf. Anpassung des Grundkonzeptes auf Grundlage der Evaluierung der Pilotphase

Lessons Learned:

- Eine Reevaluierung des Grundkonzeptes kann an dieser Stelle erforderlich sein. Dabei sollten alle bislang wichtigen Stakeholder und Bereiche einbezogen werden.
- Die Reevaluierung des Grundkonzeptes sollte, wenn möglich, unter wissenschaftlicher Begleitung (intern/ extern) erfolgen.

Phase 5: Implementierung

- **Professionalisierungsprozess:** Erarbeitung von Handlungsanweisungen für spezifische Situationen
- **Lernprozesse im Team:** Zunehmende Homogenisierung des Wissens im Team
- **klินิกinterne Kommunikation, z.B. durch**
 - Multiplikatoren und Multiplikatorinnen in den Teams
 - durch die Teilnahme an internen Sitzungen/ Gremien, z.B. Stationsbesprechungen, Bereichsbesprechungen, etc.
 - Erstellung Flyer, Intranetauftritt o.ä. für einheitliche klินิกinterne Kommunikation
- **regelmäßige Berichterstattung an Leitung des Bereiches, dem das Klinische Interventionsteam untersteht**
- **Ausbau und aktive Pflege des klินิกinternen und -externen Netzwerkes**

Lessons Learned:

- Handlungsanweisungen sollten möglichst so verfasst werden, dass alle Teammitglieder – unabhängig von ihrem Arbeitsbereich in der Klinik – wissen, wie sie sich in ihnen möglicherweise unbekanntem Situationen verhalten sollten.
- Inhalte der Handlungsanweisungen sollten zum einen aufgrund der häufigsten Indikationen und zum anderen aufgrund der Rückmeldungen von Teammitgliedern festgelegt werden.
- Mit Hilfe der internen Kommunikation wird zum einen für das Angebot klinische Krisenintervention geworben bzw. es auch klินิกintern bekannter gemacht. Zum anderen unterstützt die interne Kommunikation auch bei der Akquise neuer Teammitglieder.
- Erstellung eines ausbaufähigen Stufenplans je nach Evaluierung der Pilotphase.
- Absolute Zuverlässigkeit der angebotenen Zeiten wichtig für die Annahme des Angebotes.
- Weiterer Einbezug der klินิกinternen Stakeholder spätere Multiplikatoren und Multiplikatorinnen.

Phase 6: Verstetigung

- **Teampflege**
 - Regelmäßige Teamsitzungen
 - Angebot der erweiterten Nachsorge für Teammitglieder, u.a. regelmäßige Supervision
 - Weiterqualifizierung durch interne und externe Schulungen, Fort- und Weiterbildungsangebote
 - Ggf. Klausurtagungen zu bestimmten Themen

- **Kontinuierliche Analyse der Inanspruchnahmen:** welche Zeiten und Indikationen sind besonders relevant

Lessons Learned:

- Ein klinisches Kriseninterventionsteam betreut überwiegend psychisch belastende Fälle – z.B. Elternbegleitung nach dem Tod eines Neugeborenen oder während Kinderschockraum, Betreuung nach Suizid von Mitarbeitenden und/ oder Patienten/ Patient:innen – daher bedarf es einer verpflichtenden Teampflege mit Fallnachbesprechungen und Supervision.
- Die kontinuierliche Analyse der Inanspruchnahmen (in welchen Situationen die Krisenintervention häufig/ weniger häufig angefordert wird) unterstützt bei der Anpassung und Weiterentwicklung des bestehenden Kriseninterventionsangebots.
- Entsprechend der evaluierten Inanspruchnahmen und der Inhalte der regelmäßigen Teamsitzungen können bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildungen für die Teammitglieder angeboten werden.

Literatur

- 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* (S.43-50). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Beerlage, I. (2015). Psychosoziales Belastungs- und Handlungsverständnis für Interventionen nach Notfallereignissen und für belastenden Einsatzsituationen. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Psychische Gesundheit und Katastrophe* (S. 1–35). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45595-1>
- Beerlage, I. (2020-12-2). *Übertragbarkeit der Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr auf innerklinische Krisenhilfen?*. Vortrag gehalten anlässlich der DIVI-Jahrestagung 2020 (virtuell).
- Beerlage, I. (2021). Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i140-1.0>
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2012). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. (Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 7). Abgerufen von https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qualitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=7. (Abruf am 28.01.2024)
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2021). *COVID-19: Psychosoziale Hilfen für Krankenhauspersonal*. Abgerufen von https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Flyer/covid-19-a4-krankenhauspersonal-psycosoz-hilfen.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Abruf am 28.01.2024)
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o.J.). Glossar. Krisenintervention im Rettungsdienst. Verfügbar über: [https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Glossar/_functions/glossar.html?cms_lv2=19756#:~:text=Krisenintervention%20im%20Rettungsdienst,und%20rettungsdienstlich%20ausgebildetes%20Personal%20\(vgl. \[Stand 15.12.2023\].](https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Glossar/_functions/glossar.html?cms_lv2=19756#:~:text=Krisenintervention%20im%20Rettungsdienst,und%20rettungsdienstlich%20ausgebildetes%20Personal%20(vgl. [Stand 15.12.2023].)
- Deffner, T., Hierundar, A., Arndt, D., Hinzmann, D. (2020). Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 – Handlungsempfehlungen. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf>, abgerufen am 14.07.2021
- Deutschesprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychologie & Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (2019). S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Abgerufen von https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-027I_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf (Abruf am 19.11.2023)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2015). Trauma – Psyche – Job. Ein Leitfaden für Aufsichtspersonen (*DGUV Information 206-018*). Abgerufen von: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2911> (Abruf am 27.01.2024)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017a). *Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation* (*DGUV Grundsatz 306-001*). Berlin: DGUV. Abgerufen von <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3228> (Abruf am 27.01.2024)

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2017b). *Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen (DGUV Information206-023)*. Abgerufen von unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3227>. (Abruf am 27.01.2024)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2020). *Empfehlungen der DIVI für Teams und Mitarbeiter in Notfall-und Intensivmedizin*. Abgerufen von: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200422-empfehlungen-der-divi-fuer-teams-und-mitarbeiter-in-notfall-und-intensivmedizin.pdf> (Abruf am 19.11.2023)
- Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A. et al. Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1196060. DOI 10.3389/fmed.2023.1196060
- G-BA (2023). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Zentren für Intensivmedizin, rechtsförmliche Änderungen. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6238/2023-10-19_Zentrums-Regelungen_Intensivmedizin-rechtsfoermliche-Aenderungen_BAnz.pdf (Abruf am 02.01.2024)
- G-BA (2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3422/PT-RL_2024-01-18_iK-2024-04-12.pdf (Abruf am 12.01.2024)
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-369. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 2021;84(4):311-346. doi:10.1080/00332747.2021.2005387
- Schrappe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Strametz, R., Fendel, J. C., Koch, P. et al. (2021). Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10594. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010594>
- Schürmann, I. (2019). Krisenintervention. Verfügbar über: <https://www.socialnet.de/lexikon/Krisenintervention> (Abruf am 15.12.2023).
- Schmidt, L. R. (2021). Krisenintervention. In: Dorsch. *Lexikon der Psychologie*. Verfügbar über: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/krisenintervention> (Abruf am 15.12.2023)
- Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S. et al. An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
- World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Abgerufen von: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10 (Abruf am 27.01.2024)

Anhang: Leitlinien mit Schnittstelle zur Klinischen Krisenintervention

- S2K Akute Folgen psychischer Traumatisierung: Grundsatz des psychosozialen Versorgungsangebotes in und nach „traumatischem Erleben“
- S2K Leitlinie Notfallpsychiatrie: Schnittstellen mit psychosozialer Versorgung
- S3 Leitlinie Palliativmedizin: psychologische Basisbetreuung: u.a. Krisenmanagement bei Todewünschen, Krisenintervention
- S3 Leitlinie Psychosoziale Versorgung in der pädiatrischen Onkologie: Aufgabe psychosozialer Versorgung Begleitung in Krisensituationen
- S3 Leitlinie Psychoonkologie: Psychoonkologische Krisenintervention zentraler Inhalt
- S2K Leitlinie Psychosoziale Versorgung Neonatologie: Teil der psychosozialen Elternbegleitung ist Krisenintervention
- S3 Leitlinie Psychosoziale Diagnostik und Behandlung vor und nach Organtransplantation: Behandlung psychischer Komorbidität auch durch Krisenintervention
- S3 Kinderschutzleitlinie: keine Empfehlung von Krisenintervention, aber in der Praxis Schnittstelle z.B. bei Kindern mit Schädeltrauma Involvierung von KIT für Elternbegleitung
- S2K Leitlinie Peripartale Blutungen: Krisenintervention für das Team
- S2K-Leitlinie Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie (angemeldet)
- S2k-Leitlinie Behandlungsleitlinien und Behandlungsstrategien für den Einsatz in klinischen Krisen- und Katastrophenmedizin (angemeldet)
- S3-Leitlinie Psychische Gesundheit von Gesundheitspersonal in anhaltenden Krisen und Katastrophen (angemeldet)

Übersicht der Autorinnen und Autoren

Dr. rer. nat. Deffner, Teresa, Dipl.-Rehpsych.
(FH)
Psychologin Operative Intensivstationen
Teamleitung Klinisches Kriseninterventionsteam
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Universitätsklinikum Jena

Prof. Dr.phil. Arndt, Dagmar
Professur für Psychologie in Prävention und Ge-
sundheitsförderung
Studiengangleitung Master Gesundheitsför-
dernde Organisationsentwicklung
Hochschule Magdeburg-Stendal
Campus Magdeburg

Dr. rer. hum. Hierundar, Anke, Dipl.-Psycholo-
gin und Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Spezielle Schmerz-Psychotherapeutin und Fach-
psychologin Palliative Care (BDP-DGP).
Teamintegrierte Psychologin auf der Periopera-
tiven Intensivstation der Klinik für Anästhesiolo-
gie und Intensivtherapie der Universitätsmedi-
zin Rostock
Niedergelassen als Psychotherapeutin mit den
Schwerpunkten chronische Erkrankungen und
Trauer.
Universitätsklinikum Rostock

Bock, Christian, Diplom-Psychologe
Arbeits- und Organisationspsychologe
Medizinische Hochschule Hannover
Stabsstelle Arbeitssicherheit und Nachhaltigkeit

Pietzarka, Borris, Diakon
Ev. Krankenhausseelsorge Asklepios Klinik Har-
burg
Vorstandsmitglied in der Konferenz für Kran-
kenhausseelsorge in der EKD

Roth, Georg Johannes, MBA Pflegepädagogin
Pflegeexperte Intensivpflege
Projektteam Klinisches Kriseninterventionsteam
Oberschwabenklinik gGmbH

Batzoni, Hanna, M.Sc. ANP
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin a. d. Hoch-
schule München

Borscheid, Christian, M.A.
Fachkrankengpfleger Anästhesie und Intensivme-
dizin / Berufspädagoge
KKI – Teamleitung
Universitätsklinikum Bonn

Dr. med. Hinzmann, Dominik
Oberarzt Klinik für Anästhesiologie und Intensiv-
medizin
Klinikum rechts der Isar der TU München
Vorstandsvorsitzender von PSU-Akut
Medizinischer Berater bei der AETAS-Kinderstif-
tung
ÄLRD in Stadt und Landkreis München

Münch, Urs, Dipl.-Psychologe und Psychologi-
scher Psychotherapeut, Palliativpsychologe und
Psychoonkologe
Viszeralonkologisches Zentrum Westend
Ethikbeauftragter der DRK Kliniken Berlin
Koordinator für die PS(N)V am Standort Wes-
tend

Peter, Sophie, M.Sc. Psych., Psychologische Psy-
chotherapeutin i.A.
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Magdeburg

Schwärzel, Lotte, M.Sc. Psych.
Leitung Stabsstelle Organisations- und Füh-
rungskräfteentwicklung
Leitung Krisenbegleitungsteam und psychologi-
scher Dienst Intensivstation
Klinikum Darmstadt