

Krisenintervention im Krankenhaus



Prof. Dr. phil. Harald Karutz
Diplom-Pädagoge

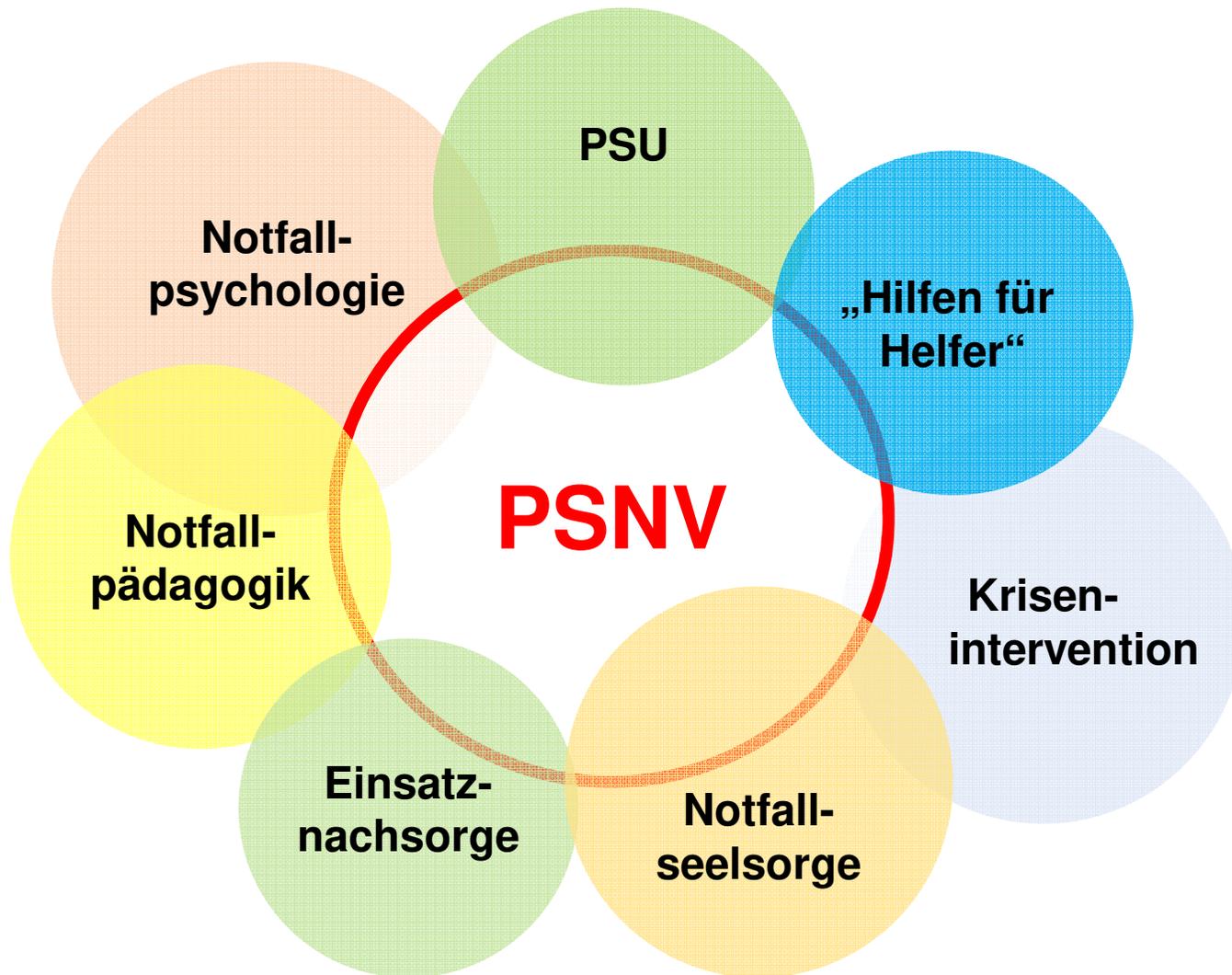
Übersicht



1. Einordnung in den thematischen Kontext: „PSNV“
2. PSNV in der Klinik?
3. Aufgaben und Arbeitsweise eines „Klinik-KIT“
4. Erfahrungen aus der Praxis
5. Fallbericht
6. Fazit und Ausblick



Einordnung in den thematischen Kontext



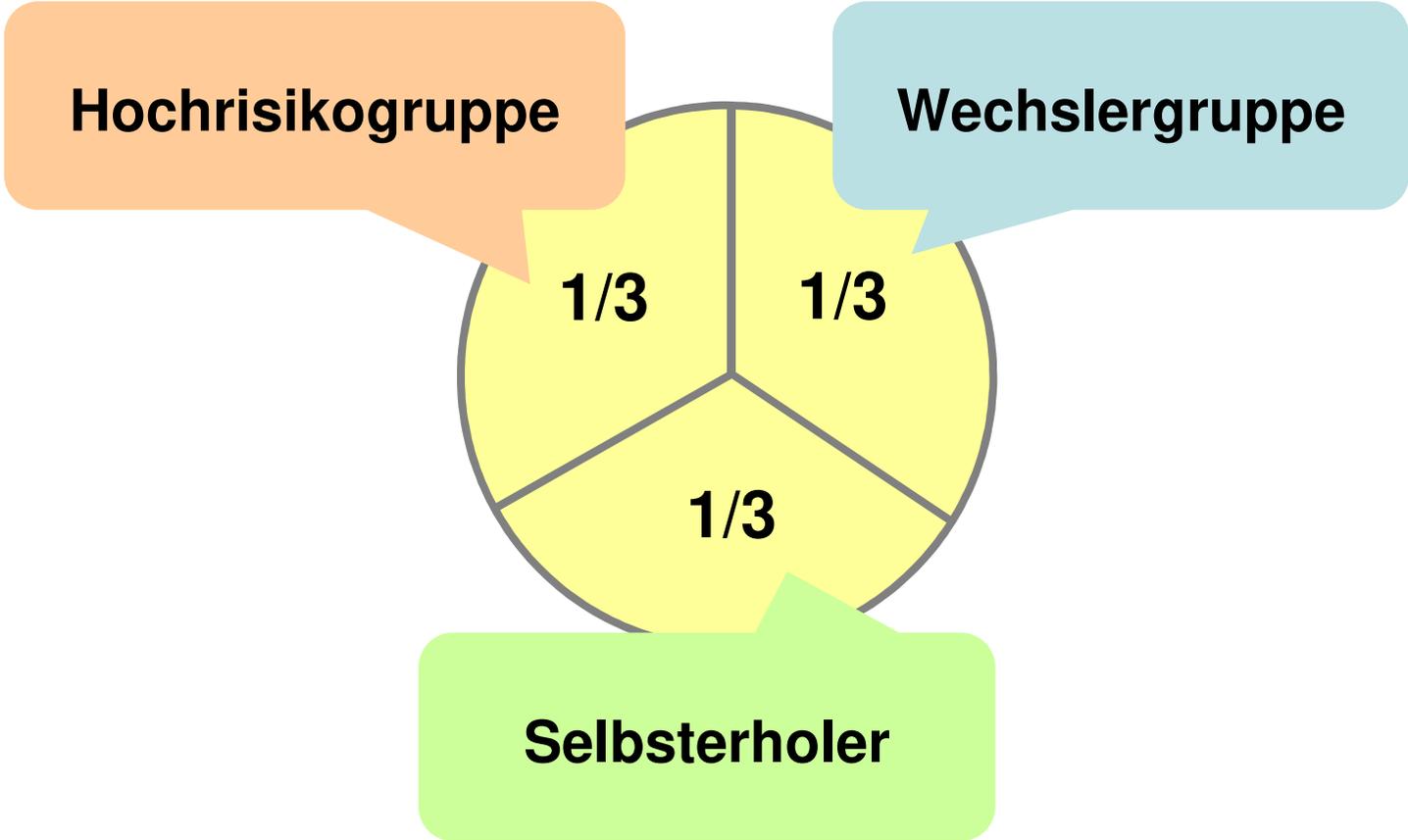


Definition (Lasogga & Gasch, 2011)

„Notfälle sind Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und / oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen und / oder psychischen Gesundheit führen können“



Psychische Ereignisfolgen



Posttraumatische Belastungsstörung



Hauptsymptome

- Intrusionen & Hyperarousal
- Vermeidungsverhalten
- Intensive Belastung durch Hinweisreize
- Anhaltend negative Gedanken und Emotionen
- Über einen Zeitraum > vier bis sechs Wochen
- So stark, dass es als deutliche Einschränkung der Belastung empfunden wird!

**PTBS ist nur *eine*
von mehreren möglichen
Traumafolgestörungen!**

28.8.1988: Flugschau-Unglück in Ramstein





Entwicklungen ab ca. 1990

Ereignis	Kirchliches Engagement	Kritik an der Notfallmedizin	Forschung
Ramstein (1988) <i>Jatzko & Jatzko</i>	Notfallseelsorge (ab 1991) <i>Müller-Lange, v. Wietersheim</i>	KIT München (1994) <i>Müller-Cyran</i>	PEH (ab 1990) <i>Lasogga, Gasch u. a.</i>

Entwicklung von Angeboten für Opfer, Angehörige, Hinterbliebene, Augenzeugen und Vermissende



Auswahl!

- bei Unfällen (Lasogga & Gasch 1990)
- bei der Diagnose Krebs (Heidrun 1995)
- bei SIDS (Helmerichs & Saturnus 1997)
- bei Wohnungseinbruch (Hermanutz & Lasogga 1998)
- bei Banküberfällen (Fischer et al. 1999)
- beim Überbringen einer Todesnachricht (Lasogga 2003)
- bei Kindern (Karutz 2001, 2004, 2015)

„4-S-Merksätze“ (Lasogga & Gasch, 1990)



Sage,
dass Du da bist und
erkläre, was geschieht!

Suche
vorsichtig
Körperkontakt!

Sprich
mit dem Betroffenen
und höre ihm zu!

Schirme
den Betroffenen
vor Zuschauern ab!

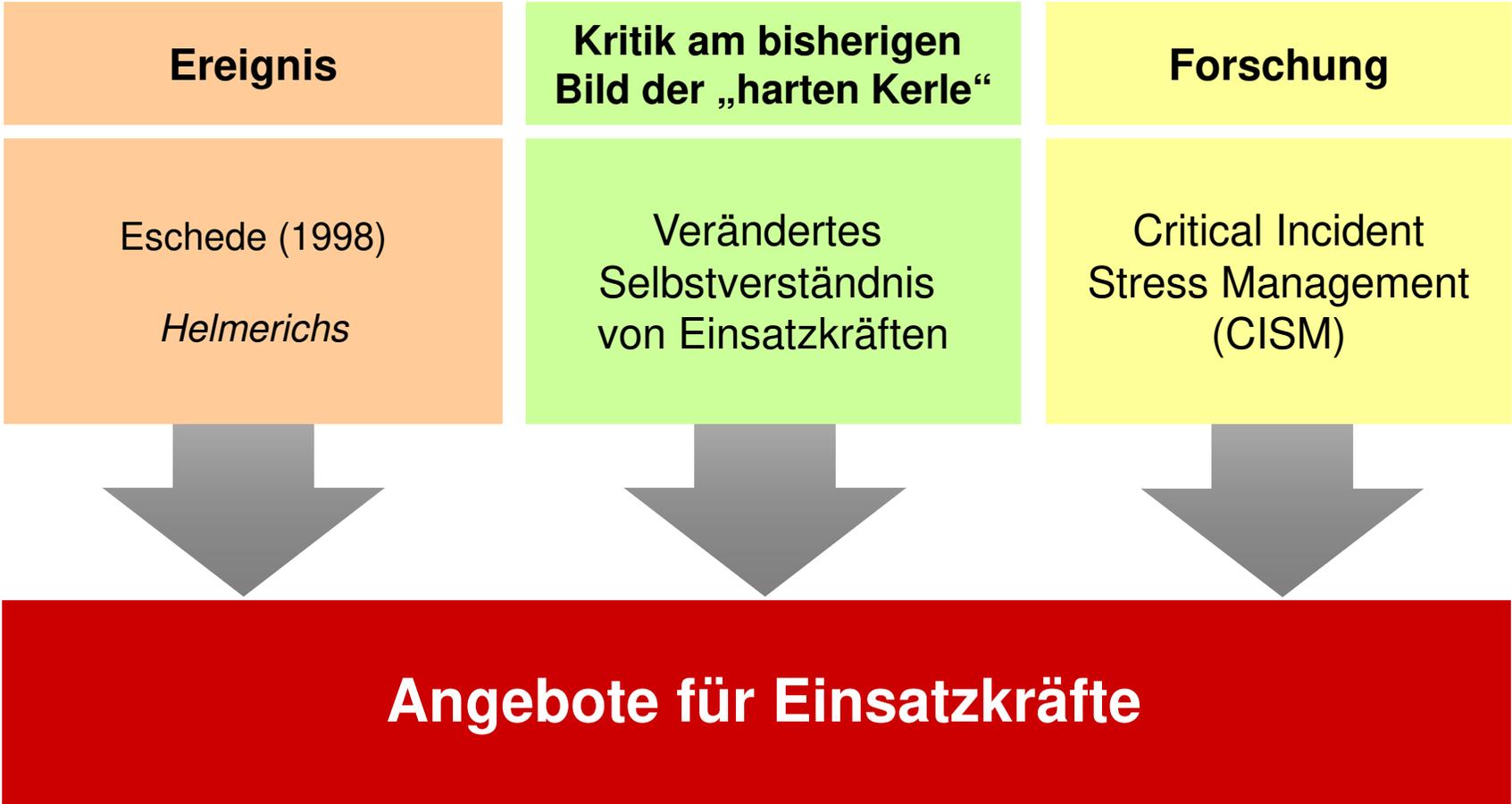
3.6.1998: ICE-Katastrophe in Eschede





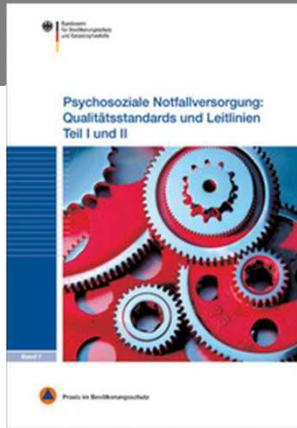


Entwicklungen ab ca. 1990





PSNV-Konsensuskonferenz



2007 bis 2010 moderiert vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Mitwirkende Akteure:

- ✓ Bundes- und Landesministerien
- ✓ Behörden
- ✓ Feuerwehren
- ✓ Hilfsorganisationen, THW
- ✓ Bundeswehr
- ✓ Wissenschaftler
- ✓ Bundespolizei
- ✓ Bundeskriminalamt
- ✓ Kirchen
- ✓ Fachgesellschaften
- ✓ Fach- und Berufsverbände
- ✓ Unfallversicherungsträger

Neu: Einheitliches Begriffsverständnis!

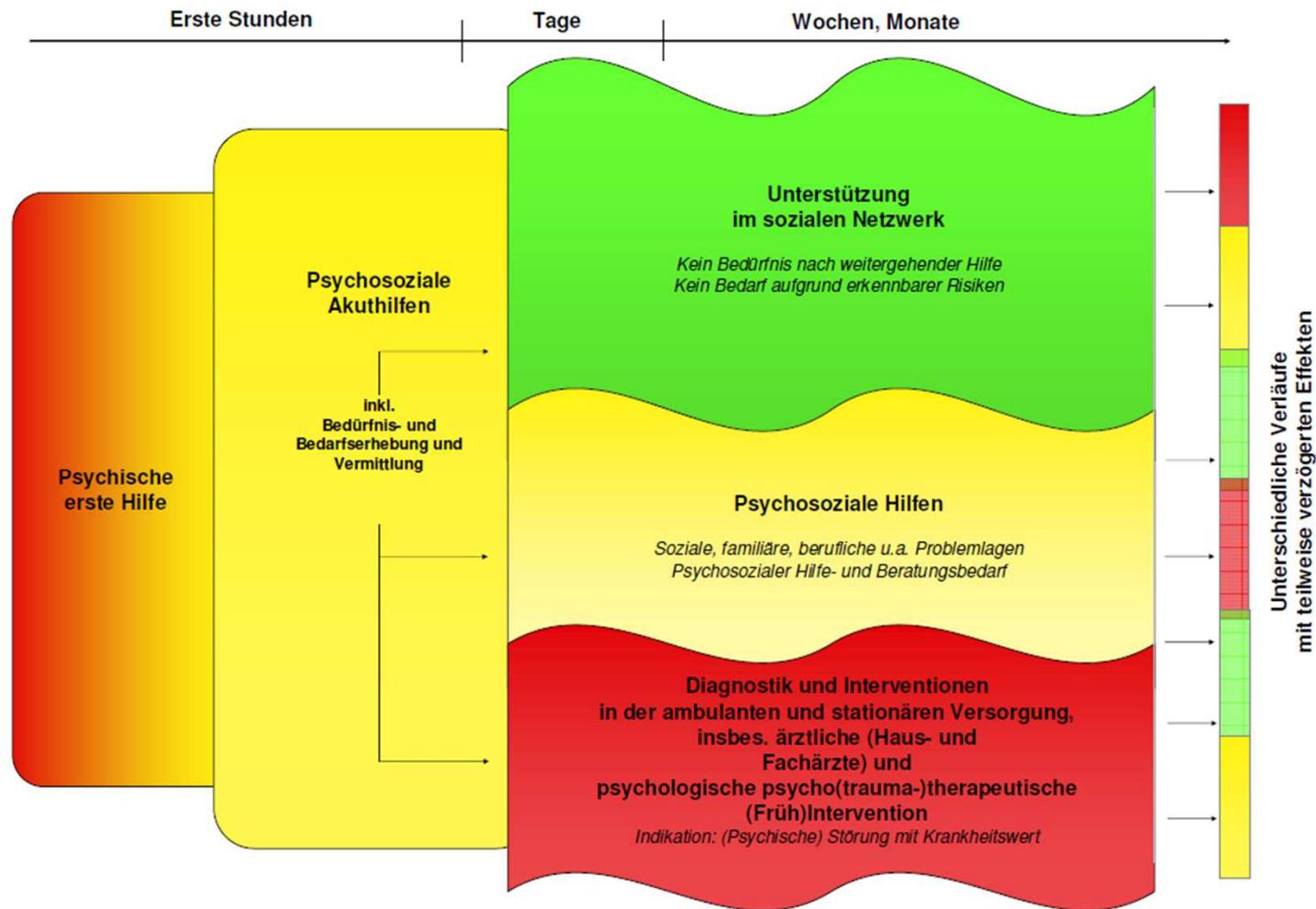


„Der Begriff Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen. Übergreifende Ziele der PSNV sind

- Prävention von psychosozialen Belastungsfolgen
- Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen nach belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen
- Bereitstellung von adäquater Unterstützung und Hilfe für betroffene Personen (-gruppen) sowie
- die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen.“

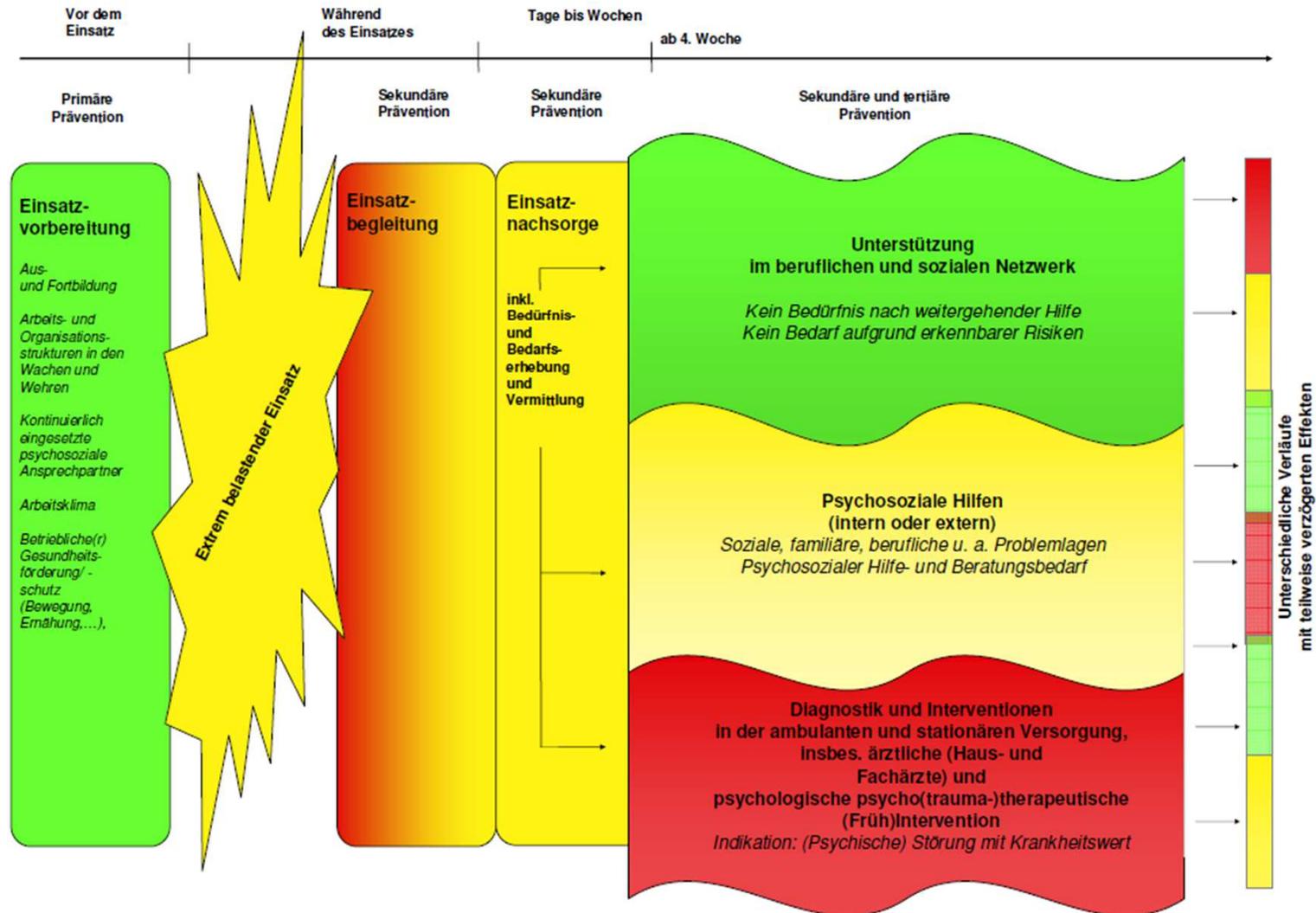


Erste „Säule“: PSNV-B





Zweite „Säule“: PSNV-E



Zentrale Erkenntnisse



- **PSNV ist generell wichtig & richtig**
 - Zu vielen (nicht allen) Handlungsempfehlungen liegen inzwischen empirische Bestätigungen vor, z. B.
 - Sprechen hilft (wenn es u. a. freiwillig erfolgt)
 - Körperkontakt beruhigt (statisch vs. dynamisch)
 - Professionelles (!) „Da-Sein“ wird fast durchweg hilfreich erlebt
- **PSNV als „Moderatorvariable“ & „Weichenstellung“!**



PSNV in der Klinik

Belastung von Patienten & Angehörigen



- Extremstress
- Überforderung
- Sorgen, (Todes-) Angst
- Kontrollverlust
- Ohnmacht & Hilflosigkeit
- Verzweiflung
- Informationsmangel
- Orientierungsverlust



Situation von Mitarbeitern (1)



- Befragung von 144 Mitarbeitern aus der Intensivpflege (Teegen & Müller, 2000):
 - 100 Prozent berichteten über potentiell traumatische Ereignisse
 - 66 Prozent hatten den Tod eines Kindes miterlebt
 - 31 Prozent haben einen Kollegen durch Suizid verloren
 - Durchschnittlich wurden rund 5 hoch belastende Ereignisse pro Jahr berichtet



Situation von Mitarbeitern (2)

- Viele Intensivpflegekräfte mit dysfunktionalen Copings: Grübeln, Sarkasmus, Alkohol
- Veränderte Emotionsregulationskompetenz
- Rund 90 Prozent litten unter Intrusionen & Hyperarousal
- 50 Prozent mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen
- 41 Prozent mit Vollbild der PTBS, 32 Prozent mit „partieller PTBS“, d. h. mit einzelnen Symptomen
- 20 Prozent mit Depression und/oder psychischen Beschwerden

**Vergleichbar
mit Rettungsdienst**

Belastung von Mitarbeitern (Auswahl!)



- Miterleben des Sterbeprozesses, v. a. bei jungen Patienten
- Miterleben der Reaktionen von Angehörigen
- Eigenes Ohnmachts- und Hilflosigkeitserleben
- Hohe Verantwortung, Wissen um die Konsequenzen von Fehlern
- Zeit- und Handlungsdruck bei zunehmendem Ressourcenmangel

Bisherige Unterstützungsressourcen



- Pflegefachkräfte, Ärzte?
- Krankenhausseelsorge?
- Krankenhaussozialdienst?
- „Grüne Damen“?
- Psychologen?
- Supervision?

PSNV im Krankenhaus fehlt!

Klinische Krisenintervention?



- Im Hinblick auf „PSNV“ ist die „Prälinik“ derzeit besser aufgestellt ist als die Klinik!
- Vorschlag: Analog zur „außerklinischen“ Situation ebenfalls Schaffung von zwei „Säulen“:

➤ **PSNV-P & A**

➤ **PSNV-M**

Indikationen für ein „Klinik-KIT“



Situative Merkmale

- Besonders dramatische, tragische Ereignisse (v. a. in Anwesenheit Angehöriger)
- Lebensbedrohlich verletzte Kinder
- Suizid, Suizidversuch
- „Schuld“, Schuldgefühle
- Gewalttätige Übergriffe
- besonders brutale Taten
- Großschadenslagen
- Persönliche Bezüge

Psychologische Hinweise

- Emotionale Taubheit
- Nicht-Realisation
- Depersonalisation
- Dissoziative Symptome
- Völlige Desorganisation
- frühere psych. Störungen
- frühere Traumatisierung
- wird gewünscht
- keine ausreichenden sozialen Ressourcen

Weitere „Begründungen“



- „Kundenorientierung“ (Was bleibt in Erinnerung?)
- Durchaus auch: Marketingrelevanz
- Rechtliche Perspektive: Arbeitsschutzgesetz § 2
- Ökonomische Perspektive
 - Mitarbeitergesundheit (Entlastungsfunktion!)
 - Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Wertschätzung!)
 - Fehlzeitenverringerung usw.



Aufgaben und Arbeitsweise eines „Klinik-KIT“



„Grundannahme der PSNV ist es, dass [...] immer zunächst personale und soziale Ressourcen der Betroffenen aktiviert werden. Maßnahmen der PSNV wirken ergänzend oder substituierend im Fall des (zeitweisen) Fehlens oder Versiegens dieser Ressourcen.“

**Salutogenetisches Verständnis (Antonovsky 1987)
- kein „Betreuungsterrorismus“**

Wirkmechanismen (Hobfoll et al., 2007)



Sicherheit

Beruhigung

Selbstwirksamkeit

Anbindung

Hoffnung

**Nicht: Problemlösung,
sondern Stabilisierung!**

Konkrete Aufgaben: PSNV-P & A



- Betroffene nicht alleine lassen
- Schaffung eines angemessenen Settings
- Beruhigung und Deeskalation
- Vermittlung von Informationen, Klärung offener Fragen
- Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens
- Planung der nächsten Handlungsschritte
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Bedarfsgerechte Weitervermittlung

Konkrete Aufgaben: PSNV-M (1)

S

Stimulanzvermeidung

A

Akzeptanz

F

Förderung des Verstehens

E

Entwicklung von Bewältigungsstrategien

R

Rückführung zur Eigenständigkeit

Konkrete Aufgaben: PSNV-M (2)



- Psychoedukation
- Vermittlung von Distanzierungsstrategien
- Critical Incident Stress Demobilization
- Critical Incident Stress Defusing
- Critical Incident Stress Debriefing
- Ebenfalls: Bedarfsgerechte Weitervermittlung



Erfahrungen aus der Praxis

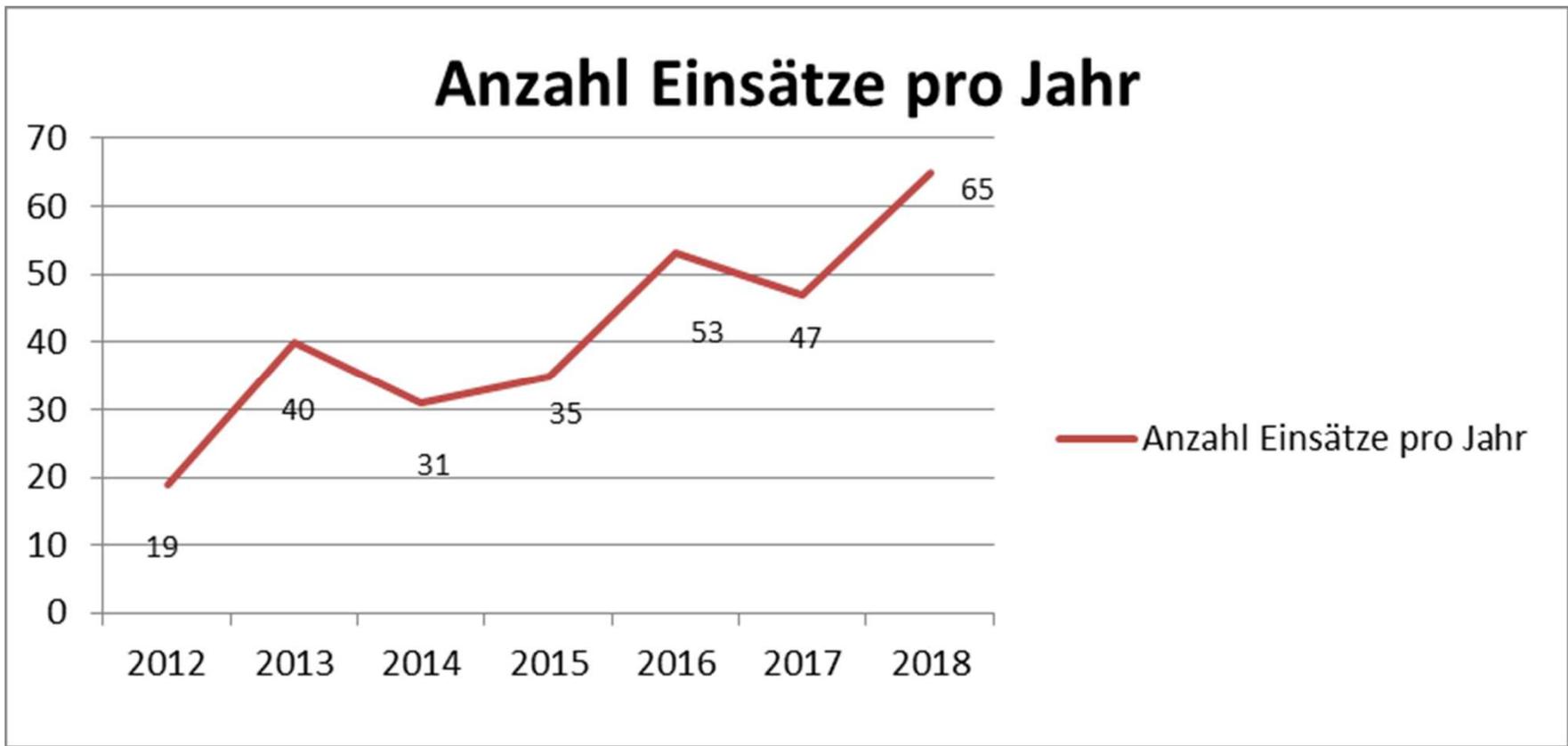
Erfahrungen der Universitätsklinik Bonn



- Gründung eines Klinik-KIT am 1. April 2014
- Inzwischen 16 Teammitglieder
- Ausbildungsumfang: 96 Stunden – mit Prüfung, Hospitationsphase und regelmäßiger Supervision (5x pro Jahr)
- Alarmierung über zentrale Rufnummer
- Vorlaufzeit max. 30 Minuten
- Organisation von Rufbereitschaftsdiensten außerhalb der Büroarbeitszeiten – vollständige „24/7“-Abdeckung

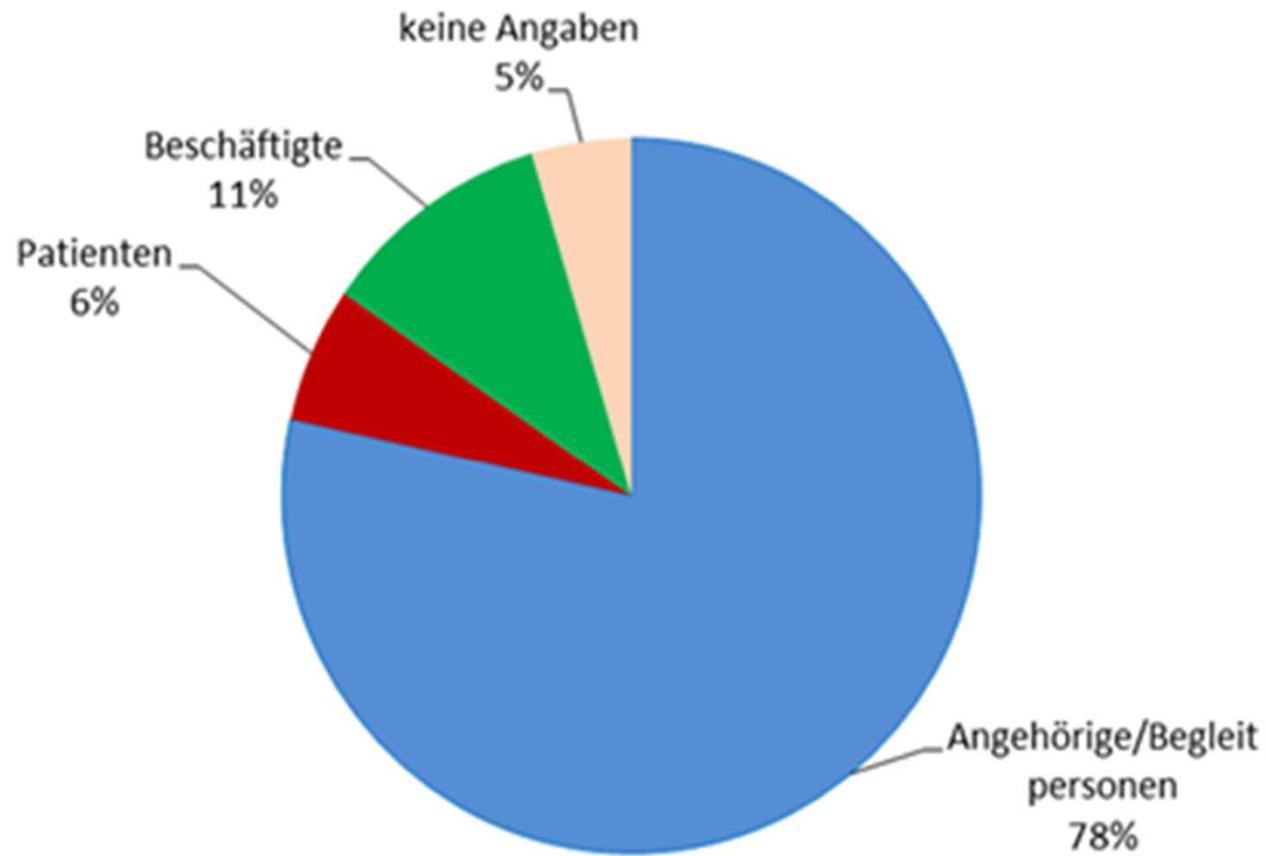


Entwicklung des Einsatzgeschehens



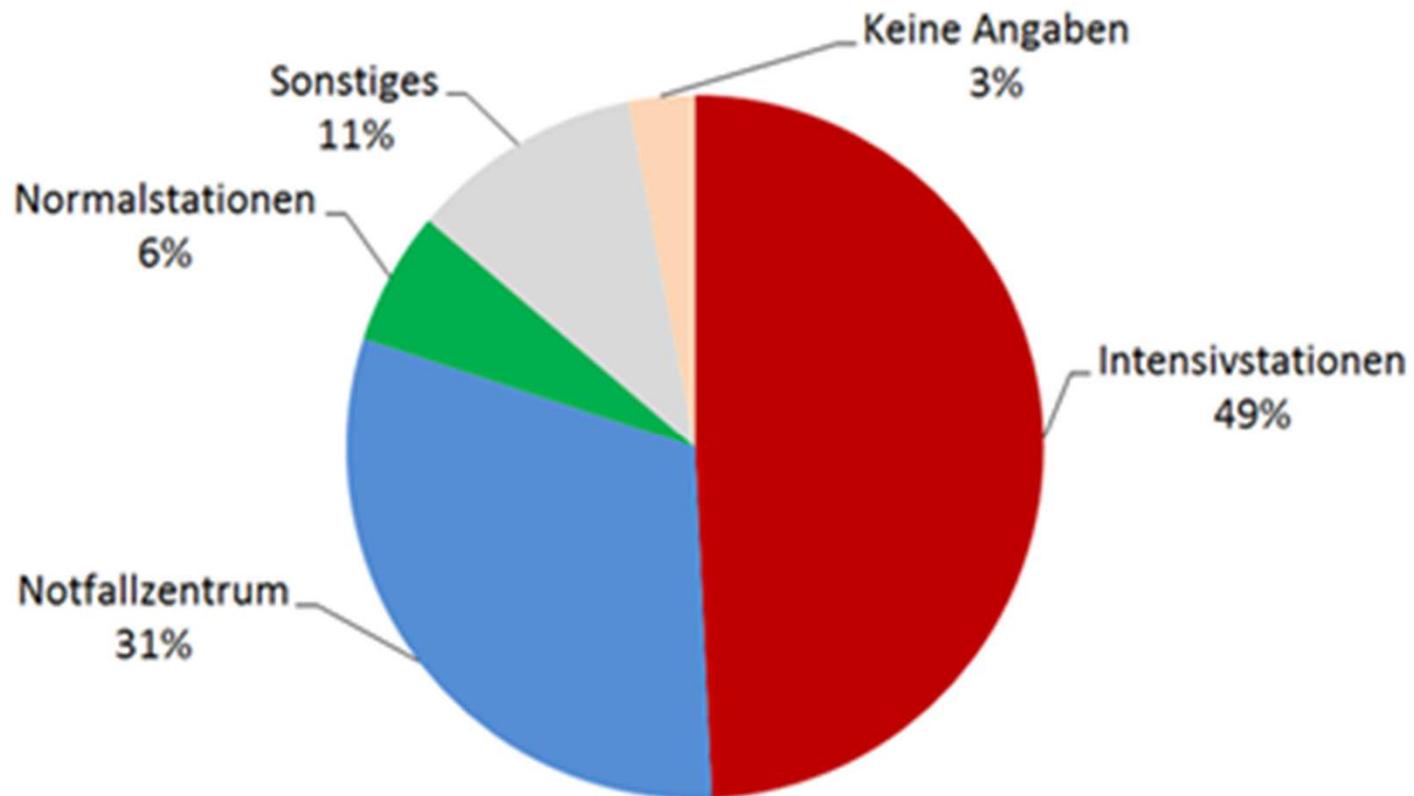


Einsätze im Jahre 2018



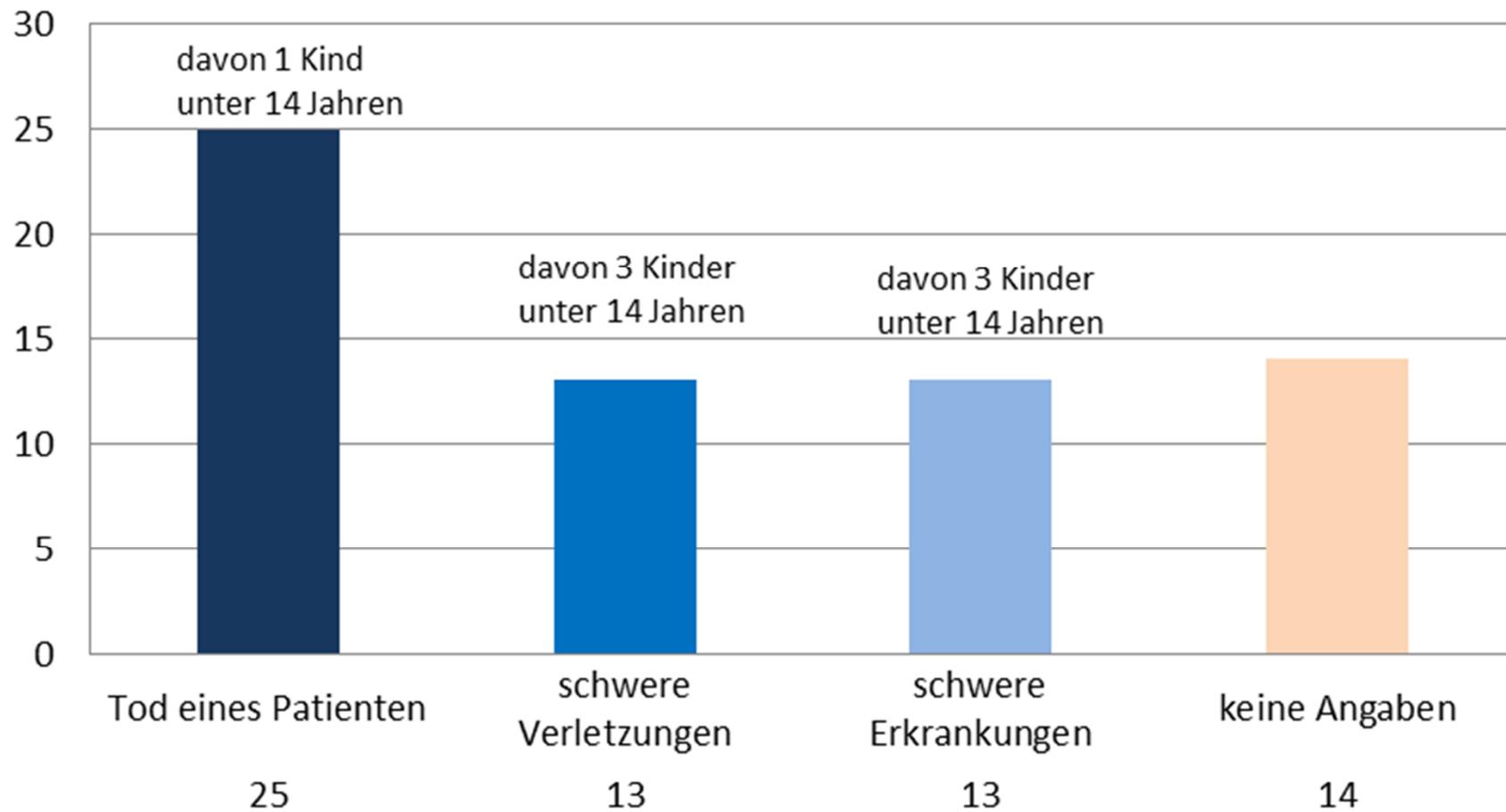


Einsatzbereiche





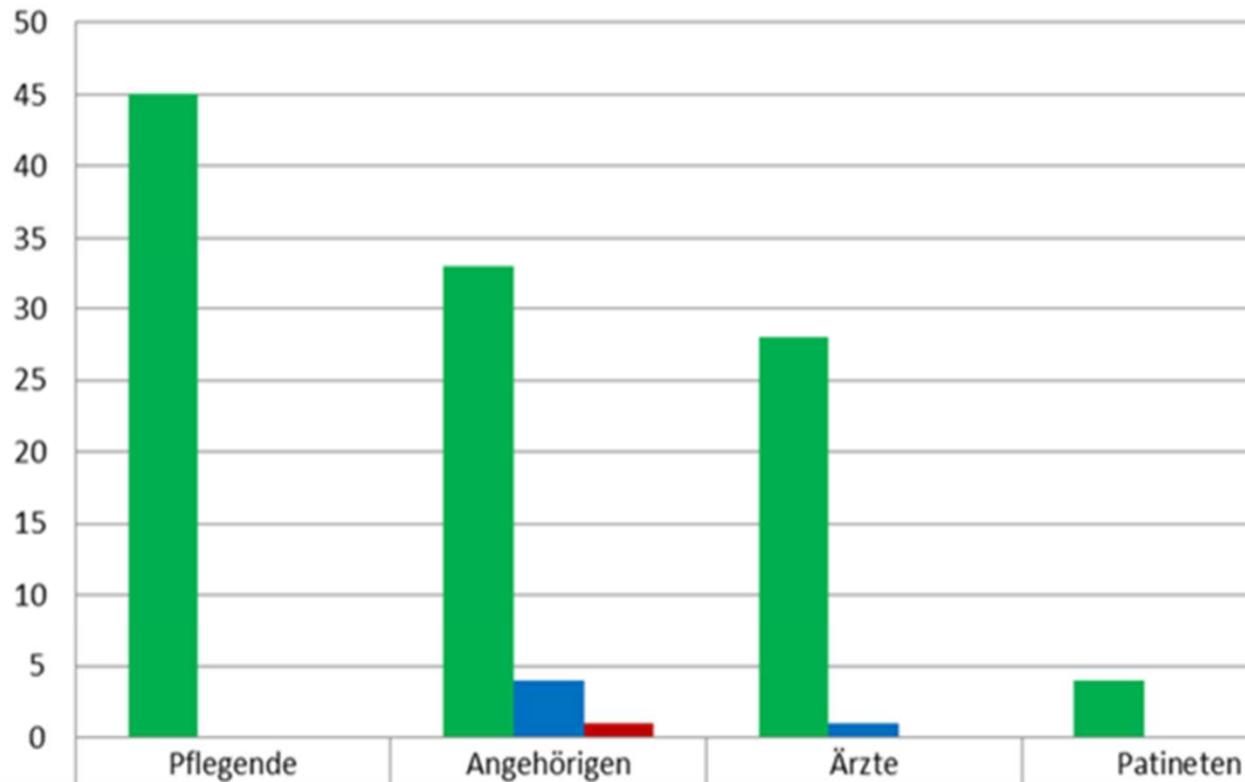
Einsatzindikationen





Akzeptanz

Reaktion der Beteiligten auf den Einsatz der KKI



■ positiv/freundlich	45	33	28	4
■ indifferent		4	1	
■ ablehnend		1		



Evaluation der Ausbildung

Allgemeine Aspekte	1	2	3	4	5	D
Zweckmäßigkeit der Räumlichkeiten		5	6	1		2,6
Wohlfühlfaktor in den Räumlichkeiten		8	3	1		2,4
Technische Ausstattung der Räumlichkeiten	2	7	3			2,1
Sauberkeit der Räumlichkeiten	3	6	3			2,0
Organisation der Rahmenbedingungen der Ausbildung (Stundenplangestaltung, Information, Materialien, Serviceleistungen)	10	2				1,2
Lernatmosphäre insgesamt	9	3				1,3
Miteinander insgesamt	11	1				1,1
Wissensstand der Dozenten insgesamt	11	1				1,1
Vorbereitung der Dozenten insgesamt	11	1				1,1
Methodisch-didaktische Gestaltung	10	2				1,2
Medieneinsatz in den Lehrveranstaltungen	5	7				1,6
Praxisbezug und Praxisrelevanz	11	1				1,1
						1,6





Fallbericht

Fallbeschreibung



- Jugendliche Radfahrerin wird bei einem Verkehrsunfall polytraumatisiert. Es folgt eine extrem aufwändige Schockraumversorgung
- In der ZNA treffen kurz nacheinander die Eltern, der Freund, der ältere Bruder und die Großeltern ein; die Angehörigen reagieren sehr emotional und sind völlig verzweifelt
- Das Klinik-KIT schafft ein angemessenes Setting, erklärt die lange Wartezeit, beantwortet Fragen, hilft zu orientieren (ganz konkret: den Weg zur Kapelle zu finden!)
- Als nach drei Stunden der Tod des Mädchens festgestellt wird, begleiten zwei Mitarbeiter des Klinik-KIT die Angehörigen bei der Abschiednahme. Später wird auch noch ein CISD für das Schockraumteam durchgeführt.



Fazit und Ausblick



Fazit und Ausblick

Klinische Krisenintervention bzw. PSNV im Krankenhaus ist kein Luxus, keine Modeerscheinung und auch kein bloßes „Nice-to-have“, sondern eine empirisch begründete Notwendigkeit und ein Beitrag zu einer humanen Notfallmedizin!

Literatur (Auswahl)



- Lasogga F, Gasch B (2011) Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin.
- Lasogga F, Karutz H (2012) Hilfen für Helfer. 2. Aufl. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Kaschull K, Kocks A, Seinsch P, Pröbstl A (2016) Gut, dass jemand da ist. Die Schwester Der Pfleger 55: 44-47.
- Gräff I et al. (2016) Etablierung einer klinischen Krisenintervention. Notfall- und Rettungsmedizin, DOI 10.1007/s10049-016-0248-4.

Erklärung zu Interessenskonflikten



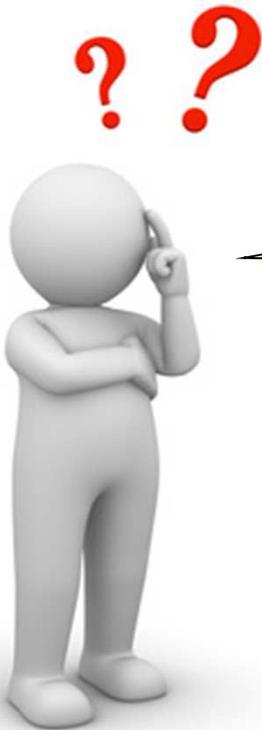
Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung kein Interessenskonflikt vorliegt.

Die schriftliche „Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen für Referenten und Kursleiter“ gemäß Muster der Ärztekammer Nordrhein habe ich dem Veranstalter DAKEP e.V. vorgelegt.

Prof. Dr. Harald Karutz



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Fragen oder Anregungen?

harald@karutz.de
www.harald-karutz.de