

Nach dem Behandlungsfehler

Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal

Weltweit erleiden jährlich viele tausend Menschen medizinische Fehler mit keinen, geringen oder schweren Folgen, die bleibende oder vorübergehende Schädigungen verursachen können. Viele Bürger in Industrieländern berichten, bereits einen medizinischen Fehler erlebt zu haben. In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung gaben in Deutschland 7 %, in der Schweiz 11 % und in Großbritannien 5 % der Befragten an, in den vergangenen beiden Jahren mindestens einen medizinischen Fehler oder Medikationsfehler erlebt zu haben [1]. Für eine erhebliche Zahl von Patienten ist die Erfahrung eines medizinischen Fehlers ein traumatisierendes Ereignis, das eine lange und intensive Belastung darstellen kann. Doch auch für die beteiligten, vielleicht sogar verursachenden Fachpersonen kann ein Behandlungsfehler ein einschneidendes, schwerwiegendes Ereignis und eine Extremsituation darstellen. Wu führte bereits im Jahr 2000 die treffenden Begriffe „first victims“ für Patienten und „second victims“ für die beteiligten Ärzte ein [2]. Neben der Aufarbeitung eines Fehlers mit dem Ziel des Lernens und der Prävention, kommt dem angemessenen und empathischen Umgang mit allen Beteiligten eine zentrale Bedeutung zu, insbesondere wenn es zu einer Schädigung gekommen ist (Fehler mit Schadensfolgen = vermeidbares unerwünschtes Ereignis).

Betroffene Patienten und Angehörige („first victims“)

Erwartungen von Patienten

Untersuchungen der letzten Jahre zeigen die Erwartungen von Patienten nach

einem Fehler mit Schädigung klar auf. Demnach existiert eine nahezu universelle, umfassende Präferenz für die vollständige Offenlegung der Ereignisse [3, 4]. Diese ist nahezu unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Bildungsstand der Betroffenen [5]. Patienten wünschen die persönliche, zeitnahe und eindeutige Offenlegung des unerwünschten Ereignisses, Informationen über den Vorfall, seine Ursachen und Konsequenzen, und was getan wird, um eine Wiederholung zu vermeiden, sowie eine Entschuldigung und den Ausdruck ehrlichen Bedauerns [6]. In Befragungsstudien, in denen Patienten und Bürger mit Fehler- und Offenlegungsszenarien konfrontiert wurden, zeigte sich auch, dass die Kommunikation nach einem medizinischen Fehler einen erheblichen Einfluss auf die vom Patienten geforderten Konsequenzen haben kann. So reduziert die ehrliche und empathische Offenlegung die Bewertung der Fehlerschwere, die Forderung nach Sanktionierung der Fachpersonen sowie den Wunsch nach einem Arztwechsel bei den Patienten und erhöht Vertrauen und Zufriedenheit [7–9]. Die explizite Übernahme der Verantwortung für einen Fehler ist dabei ein zentraler Aspekt. Formulierungen, die die Eindeutigkeit des Fehlers verschleiern und die Verantwortung entpersonalisieren, können verständlicherweise bei Patienten zu Frustration und Ablehnung führen [7, 10]. Eine solche Situation ist extrem belastend für Patienten und führt nicht selten erst zu dem Versuch, eine Klärung durch Anwälte oder Schlichtungsstellen herbeizuführen. Studien aus Ländern mit sehr unterschiedlichen Verfahren für die Reklamation eines medizinischen Fehlers zeigen,

dass die Hauptursache, warum Patienten sich an solche Institutionen wenden, die Suche nach der Wahrheit und nach Aufklärung ist [11, 12].

Wie in allen schwierigen Gesprächssituationen, kommt auch bei der Offenlegung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen der nonverbalen Kommunikation eine wichtige Bedeutung zu. Hanawa verwendete Videoaufnahmen von Offenlegungsgesprächen durch Ärzte, in denen verschiedene nonverbale Verhaltensweisen experimentell manipuliert wurden, und untersuchte den Effekt auf die Bewertung des Gesprächs durch Patienten, die die Aufnahmen ansahen [13]. Die Studie zeigt eindrücklich, dass – bei gleichem verbalem Ausdruck – das nonverbale Engagement der fehlermitteilenden Person, unter anderem ausgedrückt durch angemessene physische Nähe und Blickkontakt sowie physische und vokale Animierung, einen erheblichen Einfluss auf die Beurteilung des Gesprächs hat. In den Videoaufnahmen, die einen nonverbal engagierten Arzt zeigten, erkannten die Patienten häufiger eine ehrliche Entschuldigung, beurteilten die Fehlerschwere geringer, und waren zurückhaltender in der Schuldzuschreibung und dem Wunsch nach einem Arztwechsel. Auch Wu et al. konnten in einer Studie mit Videoaufnahmen von Offenlegungsgesprächen zeigen, dass feine Unterschiede im gesprochenen Inhalt zu sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen des von Patienten „Gehörten“ und dann zu erheblichen Unterschieden in der Gesprächsbeurteilung führen [10].

■ **Tab. 1** fasst einige wichtige Aspekte für die Kommunikation von unerwünschten Ereignissen gegenüber Pa-

Tab. 1 Wichtige Aspekte für die Kommunikation von unerwünschten Ereignissen gegenüber Patienten

Weitere Patientenversorgung sicherstellen
Die Kommunikation mit Patienten/ Angehörigen vorbereiten
Persönliches Gespräch möglichst zeitnah suchen
Information (soweit verfügbar) mit allgemeinverständlichen, klaren und eindeutigen Formulierungen: - Dass etwas und was passiert ist - Erläuterung möglicher Folgen für den Patienten - Weitere Schritte der Aufklärung und Prävention von Wiederholungen
Annahme der Verantwortung (kein „Durchmogeln“)
Entschuldigung (kein Schuldanerkennnis), Ausdruck des Bedauerns aussprechen
Wechsel des Behandlungsteams oder Weiterbetreuung durch Kollegen anbieten
Offene Einladung, Fragen zu stellen
Follow-up aktiv anbieten

tienten und Angehörigen zusammen. Detaillierte Empfehlungen und Hilfestellungen sind für den deutschsprachigen Raum in Broschüren der Stiftung Patientensicherheit Schweiz sowie des Aktionsbündnis Patientensicherheit und international beispielsweise vom britischen National Health Service (NHS) erhältlich [14–16].

Praxis der Offenlegung von Fehlern mit Schadensfolge

Die dargestellten, eindeutigen Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und Angehörigen werden in der Realität jedoch selten erfüllt. Oft findet die Kommunikation über unerwünschte Ereignisse aus Sicht der Patienten zu spät und informell, ohne Involvierung der ursprünglich beteiligten Fachpersonen und ohne den Ausdruck einer Entschuldigung statt [17]. In der Studie „100 patient stories“ bemängelten viele betroffene Patienten und Angehörige, dass die Offenlegungsgespräche oft nicht gut vorbereitet waren, das Fehlen eines Dialoges, und ein mangelndes Follow-up [18]. Mazor et al. führten in mehreren Studien qualitative Interviews mit Patienten und Angehörigen durch, bei deren Behandlung es zu Fehlern oder unerwünschten Ereignissen gekommen war [19, 20]. Die Patienten

schätzten Informationen über das Ereignis, die Annahme der Verantwortung, die Entschuldigung und empathisches Verhalten sowie Anstrengungen der Fachpersonen, Wiederholungen zu vermeiden. Häufig vermissten sie jedoch diese zentralen Bestandteile in der Kommunikation mit den Fachpersonen und beurteilten die stattgefundenen Gespräche eher negativ und als unzureichend. Deutlich wurde zudem auch, dass Worte des Bedauerns alleine oft ungenügend sind. Die Patienten und Angehörigen hatten klare Erwartungen, dass die Organisation Konsequenzen aus dem Ereignis zieht und Maßnahmen trifft, um Wiederholungen zu vermeiden. Dieses Bedürfnis verstärkt die Notwendigkeit eines Follow-up der Kommunikation bei schweren oder komplizierten Sachverhalten, da substantielle Informationen über organisatorische Konsequenzen überhaupt erst nach einer intensiven Analyse und Aufarbeitung möglich sind.

Die meisten Ärzte unterstützen zwar grundsätzlich eine ehrliche und offene Kommunikation über Fehler mit Schadensfolge gegenüber Patienten. Gleichzeitig gibt es aber verschiedene Barrieren, die eine Umsetzung in der Realität behindern. Dazu gehören insbesondere die Sorge vor juristischen Konsequenzen und steigenden Haftpflichtprämien, Verlust der Reputation, mangelnde institutionelle Unterstützung sowie Unsicherheit und fehlendes diesbezügliches Know-how [3, 21, 22]. Diese Barrieren und hindernden Faktoren führen in der Regel dazu, dass Fachpersonen die Offenlegung entweder ganz vermeiden oder möglichst defensiv betreiben. Während Patienten beispielsweise ein starkes Bedürfnis nach Eindeutigkeit und Klarheit haben, versuchen Fachpersonen häufig, ihre Worte „sorgfältig abzuwägen“ – auch um juristischen Konsequenzen vorzubeugen [6]. In einer Studie unter Assistenzärzten in den USA berichteten 31%, sich für die Situation im Kontext eines Fehlers entschuldigt zu haben, aber nur 17% legten den Fehler gegenüber Patienten oder Angehörigen offen [23]. Die Befragungsstudie von White et al. gibt sogar Hinweise darauf, dass die Bereitschaft zur expliziten Entschuldigung im Verlauf der medizinischen Ausbildung abnimmt [24]. Loren et al. untersuchten in einer Fragebogenstu-

die die Bereitschaft von Pädiatern, Eltern Fehler in der Betreuung ihrer Kinder offenzulegen [25]. Dabei zeigte sich, dass die Ärzte eher bereit waren, einen für medizinische Laien erkennbaren Fehler offenzulegen (73% der Befragten). Nur 33% der Befragten würden einen weniger offensichtlichen Fehler ansprechen. Nur 20% der Pädiater hätten sich explizit für diesen Fehler entschuldigt. Die geringere Bereitschaft, Ereignisse offenzulegen, die Patienten nicht als solche eindeutig erkennen, wurde in einer weiteren Studie unter Medizinstudierenden und Assistenzärzten bestätigt [24]. Auch Simulationen von Mitteilungen über Fehler mit Schadensfolge bestätigen, dass eine erhebliche Diskrepanz existiert zwischen den Erwartungen von Patienten und dem, was Fachpersonen kommunizieren. Chan et al. untersuchten simulierte Offenlegungsgespräche von Chirurgen, von denen ein Großteil bereits Erfahrung mit der Kommunikation von Fehlern gegenüber Patienten hatte [26]. In der Studie hatten die Chirurgen die Aufgabe, Schauspielpatienten einen eigenen, klar definierten hypothetischen Fehler mit Schädigung mitzuteilen. Drei verschiedene Ereignisse wurden simuliert (Seitenverwechslung bei Lumpektomie; unbeabsichtigt im Körper belassene Tupfer; Hyperkaliämie-induzierte Arrhythmie). Die wesentlichen Elemente eines „guten Offenlegungsgesprächs“ wurden anhand eines Bewertungsrasters beurteilt. In nur 57% der Simulationen benutzten die Chirurgen explizit das Wort „Fehler“. In 65% übernahmen sie die Verantwortung für den Vorfall und entschuldigten sich in 47% der Gespräche. Die Erklärungen der medizinischen Fakten der Vorfälle wurden für alle Fehlerszenarien am besten bewertet. Die Prävention zukünftiger Ereignisse wurde nur in 8% der Simulationen angesprochen. Der Ausdruck von Empathie sowie der Aussagen zur Vermeidung zukünftiger Fehler mit Schädigung wurden am schlechtesten bewertet. Diese Daten zeigen deutlich, dass Angst vor juristischen Folgen zwar eine wichtige Barriere ist, um Offenlegungsgespräche bei tatsächlichen fehlerbedingten Schädigungen zu führen, dass die Qualität der Gespräche selbst aber sogar unter „optimalen“ Rahmenbedingungen unzurei-

chend ist und die Bedürfnisse der Patienten mehrheitlich nicht erfüllt. Dies ist insofern nicht erstaunlich, als dass eine solche Kommunikationssituation eine Herausforderung darstellt, die üblicherweise weder in die medizinische Ausbildung integriert ist noch regelmäßig in Weiterbildungen angeboten wird. Befragungsstudien berichten, dass sich viele Ärzte nicht ausreichend auf Offenlegungsgespräche vorbereitet fühlen [27]. White et al. zeigten, dass ein Kommunikationstraining die Bereitschaft zur Offenlegung gegenüber Patienten positiv beeinflussen kann [24]. Es gibt auch erste Hinweise darauf, dass die patientensicherheitsbezogenen Ausbildungsbedingungen von Assistenzärzten und die Sicherheitskultur assoziiert sind mit der Bereitschaft zur Offenlegung und Entschuldigung bei unerwünschten Ereignissen [23]. Die vorliegenden Untersuchungen zeigen also, dass trotz der relativ guten Evidenz, welche Bedürfnisse Patienten und Angehörige nach einem Fehler mit Schadensfolge haben, und trotz der langjährigen Diskussion um die Bedeutung der Offenlegung von Fehlern, diese in der Realität noch selten in einer für betroffene Patienten akzeptablen Form stattfindet.

Situation beteiligter Fachpersonen („second victims“)

Reaktion auf die Beteiligung an einem Fehler mit Schadensfolge

Wenngleich Patienten natürlich die von einem unerwünschten Ereignis Hauptbetroffenen sind, so zeigte sich in den letzten Jahren in empirischen Untersuchungen, dass auch Ärzte und Pflegefachpersonen durch die Beteiligung an einem Fehler oder die Verursachung einer Schädigung in einer belastenden Situation sind. Die Evidenz zeigt, dass ein medizinischer Fehler beim involvierten Personal oft akute Belastungsreaktionen und intensive Emotionen wie Schuld, Scham, Selbstzweifel hervorruft, die bei einem Teil der Betroffenen chronifizieren und das Risiko für Depressionen, Burnout und posttraumatische Belastungsstörungen erhöhen können [28, 29]. Basierend auf einem systematischen Review gehen Seys et al. davon aus, dass die Prävalenz des

Bundesgesundheitsbl 2015 · 58:80–86 DOI 10.1007/s00103-014-2083-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

D. L. B. Schwappach

Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal

Zusammenfassung

Behandlungsfehler, insbesondere solche mit Schädigung, stellen für Patienten („first victims“) aber auch für das involvierte Fachpersonal („second victims“) eine schwerwiegende Situation dar, die langanhaltende und belastende Konsequenzen haben kann. Neben der fachlichen Aufarbeitung eines unerwünschten Ereignisses kommt dem angemessenen und empathischen Umgang mit allen Beteiligten eine zentrale Bedeutung zu, um eine „zweite Traumatisierung“ zu vermeiden. Patienten haben eine nahezu universelle Präferenz für die vollständige Offenlegung von unerwünschten Ereignissen, unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Bildungsstand. Dazu gehören die persönliche, zeitnahe und eindeutige Offenlegung, Informationen über das Ereignis, seine Ursachen und Konsequenzen sowie eine Entschuldigung und der Ausdruck ehrlichen Bedauerns. Die meisten Fachpersonen unterstützen zwar grundsätzlich eine ehrliche und offene Kommunikation über Fehler und unerwünschte Ereignisse. Gleichzeitig gibt es verschiedene Barrieren, die ihre Umsetzung behindern (z. B. Sorge vor juristischen Konsequenzen). Trotz ihrer zentralen

Bedeutung findet die Offenlegung von unerwünschten Ereignissen in der Realität nur selten in einer für Patienten akzeptablen Form statt. Beim involvierten Personal ruft ein medizinischer Fehler mit Schadensfolge oft akute Belastungsreaktionen und intensive Emotionen hervor, die bei einem Teil der Betroffenen chronifizieren und das Risiko für Depressionen, Burnout und posttraumatische Belastungsstörungen erhöhen. Insbesondere die Kommunikation mit „peers“ hat eine herausragende Bedeutung für einen konstruktiven und protektiven Umgang mit Fehlern. Befragungen von Fachpersonen zeigen allerdings, dass sie diesbezüglich meist keine ausreichende Unterstützung erhalten. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sollten die verschiedenen Anforderungen in einem Konzept und Ablaufplan für Behandlungsfehler und unerwünschte Ereignisse zusammenführen.

Schlüsselwörter

Patientensicherheit · Behandlungsfehler · Unerwünschtes Ereignis · Kommunikation

In the aftermath of medical error. Caring for patients, family, and the healthcare workers involved

Abstract

Medical errors, in particular those resulting in harm, pose a serious situation for patients („first victims“) and the healthcare workers involved („second victims“) and can have long-lasting and distressing consequences. To prevent a second traumatization, appropriate and empathic interaction with all persons involved is essential besides error analysis. Patients share a nearly universal, broad preference for a complete disclosure of incidents, regardless of age, gender, or education. This includes the personal, timely and unambiguous disclosure of the adverse event, information relating to the event, its causes and consequences, and an apology and sincere expression of regret. While the majority of healthcare professionals generally support and honest and open disclosure of adverse events, they also face various barriers which impede the disclosure (e.g., fear of legal consequences). Despite its essential importance, disclosure of adverse events in practice oc-

curs in ways that are rarely acceptable to patients and their families. The staff involved often experiences acute distress and an intense emotional response to the event, which may become chronic and increase the risk of depression, burnout and post-traumatic stress disorders. Communication with peers is vital for people to be able to cope constructively and protectively with harmful errors. Survey studies among healthcare workers show, however, that they often do not receive sufficient individual and institutional support. Healthcare organizations should prepare for medical errors and harmful events and implement a communication plan and a support system that covers the requirements and different needs of patients and the staff involved.

Keywords

Patient safety · Medical error · Adverse event · Communication

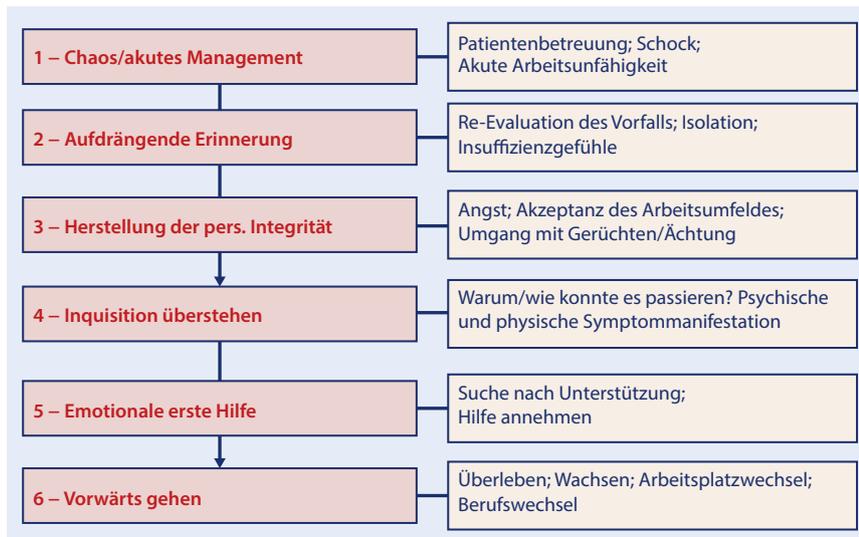


Abb. 1 ▲ Typische Phasen der Erholung beim medizinischen Fachpersonal nach einem schweren Behandlungsfehler

Second-victim-Phänomens nach einem Zwischenfall bei etwa 10–40 % liegt [30].

Waterman et al. untersuchten den Einfluss der Fehlerbeteiligung auf fünf Domänen der arbeitsbezogenen Lebensqualität in einer Studie unter Ärzten in den USA und Kanada [31]. Von diesen erlebten 61 % Angst vor weiteren Fehlern, 44 % zeigten eine reduzierte Selbstsicherheit, 42 % Schlafstörungen, 42 % eine reduzierte Arbeitszufriedenheit und 13 % Sorge vor Verlust der Reputation. Bemerkenswert ist, dass sogar nach einem „near miss“, also einem Fehler ohne Schadensfolge, ein erheblicher Teil der Ärzte über Belastungsreaktionen berichtete. Die Hälfte hatte Sorge vor zukünftigen Fehlern und jeweils ein Drittel erlebten Schlaflosigkeit, reduzierte Arbeitszufriedenheit und -sicherheit. Die negativen Folgen sind langwierig und halten für die betroffenen Fachpersonen oft für Monate oder sogar Jahre an [32]. In einer qualitativen Untersuchung mit Ärzten und Pflegefachpersonen berichteten die Befragten häufig über physische Symptome nach einem Fehler (z. B. Erschöpfung und Stressreaktionen) und vielfältige psychosoziale Symptome (z. B. Frustration, Wut, Traurigkeit, Konzentrationsprobleme, Selbstzweifel und geringe Arbeitszufriedenheit), die unabhängig von Geschlecht und Berufsgruppe aufzutreten scheinen [33]. Basierend auf Berichten von Betroffenen beschreiben Scott et al. verschiede-

ne Phasen der Erholung, die Fachpersonen nach einem schweren Fehler mit Patientenschädigung typischerweise durchlaufen ([33]; ■ **Abb. 1**). Die erste Phase entspricht am ehesten einer problembezogenen Bewältigung mit konkreter fehlerbezogener Aktivität [34]. Die Phasen 2, 3 und 4 sind geprägt von Problemanalyse, Selbstbeschuldigung, Schuldzuweisung und Rückzug mit Entwicklung von psychosomatischen Symptomen. Die Phase 5 kann einen Wendepunkt im Ablauf darstellen und beschreibt die emotionale und soziale Unterstützung durch andere Personen. In Phase 6 kommt es zur Bewältigung oder auch zu einer weniger günstigen Entwicklung mit Resignation oder sogar der Berufsaufgabe.

Neben den direkten individuellen gesundheitlichen und psychischen Folgen zeigt sich, dass Fachpersonen nach einem Zwischenfall oftmals auch ihr Verhalten in der Patientenversorgung ändern. Sowohl defensive (stetige Absicherung bei Kollegen, Vermeidung bestimmter Behandlungssituationen etc.) als auch konstruktive Verhaltensänderungen (gestiegene Aufmerksamkeit, besserer kollegialer Austausch) wurden beobachtet [30, 35]. In den letzten Jahren mehren sich die Hinweise, dass die Beteiligung an einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis einen reziproken Zyklus aus Belastungsreaktion und zukünftiger suboptimaler Patientenversorgung auslösen kann [28].

West et al. berichten, dass ein selbst wahrgenommener schwerer Fehler („major error“) mit einer signifikanten Abnahme der Lebensqualität und verschlechterten Werten in allen Dimensionen des Burnout einhergeht, insbesondere jedoch mit der „Depersonalisierung“ und der „emotionalen Erschöpfung“ [36]. Das Gefühl, einen schweren Fehler verursacht zu haben, war zudem mit einem mehr als dreifach erhöhten Risiko verbunden, Screeningfragen für eine Depression positiv zu beantworten (Odds Ratio 3.3). Dieses Ergebnis wurde 2010 von Shanafelt et al. bestätigt: In einer Befragung von knapp 8000 US-amerikanischen Chirurgen war ein selbstberichteter Fehler in den vergangenen 3 Monaten signifikant assoziiert mit schlechterer mentaler Lebensqualität, den Domänen des Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, vermindertes Selbstwirksamkeitserleben) und Symptomen der Depression (55 % Chirurgen mit vs. 28 % ohne selbstberichteten Fehler; $p < 0.0001$) [37]. Insbesondere Depersonalisierung und Fehler scheinen eng miteinander assoziiert zu sein (Effektstärke: 71 % der Standardabweichung auf dem Maslach Burnout Inventory — Depersonalization). Die longitudinale Studie von West et al. zeigt, dass die Beteiligung an einem schweren Fehler zu Belastungsreaktionen und reduzierter Empathie gegenüber Patienten führen können, die wiederum assoziiert sind mit einer gestiegenen Wahrscheinlichkeit für zukünftige Fehler [38]. Fahrenkopf et al. berichten, dass Assistenzärzte in der Pädiatrie mit depressiven Symptomen tatsächlich ein etwa 6-fach höheres Risiko hatten, einen Medikationsfehler zu machen [39]. Aufgrund des Studiendesigns kann keine Aussage über die Kausalität und die kausale Richtung des Zusammenhanges zwischen Depression und höherem Risiko für medizinische Fehler getroffen werden. Dennoch legen die longitudinalen Untersuchungen nahe, dass Belastungsreaktionen die Gefahr für eine zukünftige suboptimale Patientenversorgung erhöhen. Aus diesen Gründen ist die Unterstützung von Fachpersonen nicht nur aus arbeitsmedizinischer oder berufspolitischer Sicht eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsorganisationen, sondern sie ist auch für die Ge-

Tab. 2 Zentrale Aspekte für den Umgang mit betroffenen Mitarbeitern („second victims“)

Kurze Auszeit von der klinischen Tätigkeit anbieten bzw. sicherstellen
Aktives kollegiales Gesprächsangebot
Einfühlsame, aber eindeutige und klare Sprache
Grundsätzliche Bestätigung der fachlichen Kompetenz
Überprüfung und Abklärung des Entscheidungsprozesses vor dem Ereignis
Bestärkung des Selbstwertgefühls des Mitarbeiters
Emotionen zulassen
Fachliche Unterstützung und Rückversicherung im klinischen Arbeiten anbieten
Beteiligte wenn möglich an der Kommunikation mit Patienten teilhaben lassen
Beteiligten eine Rolle bei der Fehleranalyse geben; über Ergebnisse informieren
Aufmerksame Beobachtung um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen
Vermeiden und Ächtung von Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisungen und Herabwürdigungen der Beteiligten
Follow-up

währleistung der Patientensicherheit von Bedeutung.

Unterstützung von „second victims“

Ein zentrales Bedürfnis von an unerwünschten Ereignissen beteiligten Fachpersonen ist der Austausch mit ihren Peers [32, 40]. Dabei geht es sowohl um den fachlich-inhaltlichen Austausch, als auch um die kollegiale Empathie und das Verständnis [41]. Gerade Assistenzärzte berichten, dass eine Kombination aus Bestätigung ihrer grundsätzlichen Fähigkeiten und das Lernen aus einem Zwischenfall mit erfahrenen Kollegen hilfreich für die konstruktive Verarbeitung des Zwischenfalls sind [40]. ■ **Tab. 2** nennt einige zentrale Aspekte für den Umgang mit betroffenen Mitarbeitern („second victims“). Häufig wird von Betroffenen das Bedürfnis „mit jemandem über das Ereignis zu sprechen“ genannt, sowie die Bestätigung der professionellen Kompetenz und des persönlichen Selbstwertes [42]. Von den Ärzten, die Unterstützung erhalten hatten, bewerteten die Hälfte das „Sprechen und Zuhören“ als wichtigste emotionale Unterstützung. Gleichzei-

tig zeigen Befragungen von Fachpersonen, dass sie in der Regel keine ausreichende Unterstützung durch die Kollegenschaft oder die Organisation, in der sie arbeiten, erhalten. So gaben jeweils etwa nur 20 % der befragten Ärzte und Pflegefachpersonen in einer US-amerikanischen Studie an, dass ihnen aktiv formale oder informelle emotionale Unterstützung nach einem Zwischenfall angeboten wurde [43]. Solche emotionale Unterstützung fanden 20–40 % selbstständig nachdem sie sich darum bemühten. Für die Mehrzahl der Fachpersonen gab es keinerlei konkrete Hilfestellung, weder emotional noch bei der Aufarbeitung des unerwünschten Ereignisses oder als Unterstützung bei der Wiederaufnahme der klinischen Tätigkeit (z. B. Mentoring), und keinen Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen (z. B. Supervision). Nur 14 % wurde aktiv angeboten, direkt nach dem Zwischenfall eine Pause von der klinischen Tätigkeit zu nehmen – was eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte, schon alleine um nicht die Sicherheit anderer Patienten zu gefährden. Etwa ein Drittel gab an, nach dem unerwünschten Ereignis von den Kollegen in der Klinik hilfreiche und nachhaltige Unterstützung erfahren zu haben. Von ähnlichen Ergebnissen berichtet eine Studie aus Schweden, in der die Mehrheit der Fachpersonen keine oder nur unzureichende und unsystematische Unterstützung durch ihren Arbeitgeber erhalten hatten [32]. In der Studie von Waterman et al. verneinten 90 % der befragten Ärzte, dass ihre Organisation sie adäquat im Umgang mit Fehlern unterstützen würde (37 % widersprachen dem sogar stark) [31]. Jene Ärzte, die keine Unterstützung empfanden, wiesen häufiger Stress-Symptome auf. Von den befragten Ärzten äußerten 82 % Interesse an einem professionellen Beratungsangebot („counseling“) nach einem schweren Fehler, und 86 % äusserten Interesse an einer Ausbildung in der Offenlegung gegenüber Patienten.

Die dargestellten Studien zeigen, dass insbesondere die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten eine herausragende Bedeutung für einen konstruktiven und protektiven Umgang mit Fehlern hat. Dennoch findet dieser Austausch in der Realität nur sehr begrenzt statt. Viel-

mehr scheint es häufig eher „Zufall“ zu sein, ob betroffene Mitarbeiter auf einen Vorgesetzten oder Kollegen treffen, der im Falle eines Fehlers mit Patientenschädigung das Gespräch und eine Auseinandersetzung proaktiv anbietet („if you are lucky, you meet the right people“ [32]). Um eine zuverlässige Unterstützung zu gewährleisten, werden seit einiger Zeit an verschiedenen Gesundheitseinrichtungen „peer support systems“ eingeführt, in denen die Betreuung von Fachpersonen nach klinischen Zwischenfällen strukturell verankert ist. Diesen Programmen ist gemeinsam, dass sie je nach individuellen Bedürfnissen, Schwere des Zwischenfalls und zeitlichem Ablauf gestaffelte Unterstützungselemente beinhalten, die sowohl sofort nach dem Ereignis greifen als auch intensivere Unterstützung und bei Bedarf Follow-up-Begleitung vorsehen [44, 45]. Pratt et al. publizierten ein Toolkit, das Gesundheitsorganisationen verwenden können, um ein entsprechendes Supportprogramm zu installieren [46]. Die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz bietet ebenfalls ausführliches Unterstützungsmaterial an, das Konzepte und Handlungsempfehlungen für Betroffene, Kollegen, Vorgesetzte und Betriebe enthält [34].

Scott und Kollegen haben das wohl umfangreichste Interventionsprogramm erarbeitet (www.muhealth.org/second-victim), basierend auf einer Erhebung der Bedürfnisse der medizinischen Fachpersonen an der Universitätsklinik Missouri [47]. Die befragten Mitarbeiter präferierten ein System, das primär von der internen Kollegenschaft getragen wird und in dem Hilfe rund um die Uhr verfügbar ist. Sie entwickelten und implementierten darauf aufbauend ein 3-stufiges Interventionsangebot: Auf der ersten Stufe wird auf Abteilungsebene akute Soforthilfe durch ein geschultes Teammitglied angeboten. Des Weiteren wird direkt nach dem Ereignis eine kurze Pause von der klinischen Tätigkeit angeboten. Für die Mehrheit der potenziellen „second victims“ ist diese Unterstützung ausreichend. Auf der zweiten Stufe bieten trainierte interne klinische Kaderpersonen dem „second victim“ Kriseninterventionshilfe an („for you teams“). Bei der Kriseninterventionshilfe stehen die Schil-

derung des Ereignisses, die Bewältigungsstrategie und die Ressourcenaktivierung der betroffenen Person im Vordergrund. Nur bei einer kleinen Gruppe von betroffenen Mitarbeitern in besonderen Belastungssituationen wird professionelle externe Beratung zugezogen (z. B. Psychiater). Erste Erfahrungen mit diesen Interventionen sind sehr positiv. Sie müssen allerdings von der Führung und der Organisation im Rahmen eines Gesamtkonzeptes „interner Umgang mit Zwischenfällen“ installiert und getragen werden.

Fazit

Ein Behandlungsfehler, insbesondere mit Schadensfolge, hat für alle Beteiligten oft schwerwiegende Konsequenzen. Neben der eigentlichen gesundheitlichen Schädigung und allen daraus resultierenden Konsequenzen bleiben Patienten und Angehörige oft mit einer zweiten traumatisierenden Erfahrung zurück. Auch die beteiligten Fachpersonen haben häufig lange mit dem Erlebten zu kämpfen. Auch wenn Patienten und beteiligte Ärzte und Pflegen- de nach einem unerwünschten Ereignis natürlich jeweils andere Bedürfnisse haben, so gibt es doch eine zentrale Gemeinsamkeit: „Schweigen“ ist für beide Gruppen – „first“ und „second victims“ – eine falsche Strategie. Das offene Gespräch über das Ereignis hingegen kann „heilende Wirkung“ haben. Bislang jedoch scheint diese offene Kommunikation, verbunden mit einer Entschuldigung gegenüber dem Patienten, eher vom zufälligen Aufeinandertreffen verantwortungsbereiter und empathischer Personen abhängig zu sein. Damit vergeben Gesundheitseinrichtungen eine wichtige Chance, den durch den Fehler selber entstandenen Schaden und Vertrauensverlust zu mildern und zusätzliche Belastungen bei Patienten und Personal zu verhindern. In der vorliegenden Arbeit wurden Bedürfnisse und Erwartungen von „first“ und „second victims“ separat dargestellt. Dies ist auch sinnvoll, da die Beteiligten unterschiedliche Rollen und Anliegen haben. Für eine Gesundheitseinrichtung, die die Verantwortung gegenüber ihren Patienten und ihren Mitarbeitenden ernst nimmt, ist es jedoch emp-

fehlenswert, diese Anforderungen in einem Konzept und Ablaufplan („Was ist nach einem Zwischenfall zu tun?“) zusammenzuführen. Damit kann sichergestellt werden, dass in der unter Umständen krisenhaften Situation nach einem Behandlungsfehler oder einem unerwünschten Ereignis die richtigen Maßnahmen getroffen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. L. B. Schwappach MPH
Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Asylstr. 77, 8032 Zürich
schwappach@patientensicherheit.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. David L.B. Schwappach gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Autor ist wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Patientensicherheit. Die Stiftung ist eine gemeinnützige Organisation, die gebührenpflichtige Kaderschulungen zum Thema „Täter als Opfer“ anbietet.

Literatur

1. Schwappach DLB (2014) Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expect* 17:321–331
2. Wu AW (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320:726–727
3. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW (2010) Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 22:371–379
4. Hingorani M, Wong T, Vafidis G (1999) Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ* 318:640–641
5. Hobgood C, Tamayo-Sarver JH, Weiner B (2008) Patient race/ethnicity, age, gender, and education are not related to preference for or response to disclosure. *Qual Saf Health Care* 17:65–70
6. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W (2003) Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 289:1001–1007
7. Schwappach DL, Koeck CM (2004) What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care* 16:317–3126
8. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW et al (2004) Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 140:409–418
9. Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH (2006) Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *J Gen Intern Med* 21:704–710
10. Wu A, Huang IC, Stokes S, Pronovost P (2009) Disclosing medical errors to patients: it's not what you say, it's what they hear. *J Gen Intern Med* 24:1012–1017
11. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D (2006) Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ* 175:889–894
12. Friele RD, Sluijs EM, Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM et al (2006) Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *BMC Health Serv Res* 6:106–111
13. Hannawa AF (2014) Disclosing medical errors to patients: effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns* 94:310–313
14. Stiftung für Patientensicherheit (2006) Wenn etwas schief geht: Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall. Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Bd. 1. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
15. Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011) Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Aktionsbündnis Patientensicherheit, Bonn
16. NHS National Patient Safety Agency (2009) Being open. Saying sorry when things go wrong. National Patient Safety Agency, London
17. Iedema R, Sorensen R, Manias E, Tuckett A, Piper D, Mallock N et al (2008) Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events. *Int J Qual Health Care* 20:421–432
18. Iedema R, Allen S, Britton K, Piper D, Baker A, Grbich C et al (2011) Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the „100 patient stories“ qualitative study. *BMJ* 343:d4423
19. Mazor KM, Goff SL, Dodd KS, Velten SJ, Walsh KE (2010) Parents' perceptions of medical errors. *J Pat Saf* 6:102–107
20. Mazor KM, Greene SM, Roblin D, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J et al (2013) More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Educ Couns* 90:341–346
21. Iedema R, Allen S, Sorensen R, Gallagher TH (2011) What prevents incident disclosure, and what can be done to promote it? *Jt Comm J Qual Saf* 37:409–417
22. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL (2006) An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *J Gen Intern Med* 21:942–948
23. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD (2011) Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2011-000084
24. White AA, Bell SK, Krauss MJ, Garbutt J, Dunagan WC, Fraser VJ et al (2011) How trainees would disclose medical errors: educational implications for training programmes. *Med Educ* 45:372–380
25. Loren DJ, Klein EJ, Garbutt J, Krauss MJ, Fraser V, Dunagan WC et al (2008) Medical error disclosure among pediatricians: choosing carefully what we might say to parents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162:922–927
26. Chan DK, Gallagher TH, Reznick R, Levinson W (2005) How surgeons disclose medical errors to patients: a study using standardized patients. *Surgery* 138:851–858
27. Bell SK, Moorman DW, Delbanco T (2010) Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: the „when things go wrong“ curriculum. *Acad Med* 85:1010–1017
28. Schwappach D, Boluarte T (2008) The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly* 139:9–15

29. Schiechtl B, Hunger MS, Schwappach DL, Schmidt CE, Padosch SA (2013) Second victim. *Anaesthetist* 62:734–741
30. Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al (2013) Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 36:135–162
31. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al (2007) The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Saf* 33:467–476
32. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M (2013) Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2013-002035
33. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18:325–330
34. Schwappach DLB, Hochreutener M-A, von Laue N, Frank O (2010) Täter als Opfer. Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene. Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Bd. 3. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
35. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G (2010) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 19:1–8
36. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM et al (2006) Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 296:1071–1078
37. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D et al (2010) Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 251:995–1000
38. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD (2009) Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 302:1294–1300
39. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al (2008) Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 336:488–491
40. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM (2006) Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 81:86–93
41. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW (2011) Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn* 121:101–108
42. Newman MC (1996) The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 5:71–75
43. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER (2014) Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Pat Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000060
44. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al (2013) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* 50:678–687
45. van Pelt F (2008) Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 17:249–252
46. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW (2012) How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Saf* 38:235–240
47. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al (2010) Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Saf* 36:233–240