

Schriftenreihe

Patientensicherheit Schweiz

Nr. 3



Täter als Opfer

Konstruktiver Umgang mit Fehlern
in Gesundheitsorganisationen

Empfehlungen für Kader, Kollegen
und Betroffene

PD Dr. David Schwappach
Dr. Marc-Anton Hochreutener
Dr. Nicoletta von Laue
Dr. Olga Frank



patientensicherheit schweiz

Täter als Opfer

Dieses Projekt wurde finanziert durch ...



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

... sehr grosszügige Beiträge an das Gesamtprojekt von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – FMH

... allgemeine Mittel der Stiftung für Patientensicherheit

... eine Spende an den Druck dieses Dokuments vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK

Die Stiftung für Patientensicherheit ...

- ... wurde als Gemeinschaftswerk vom Bund, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, den Gesundheits-Berufsverbänden (FMH, SBK, PES, SSO, pharmasuisse, GSASA, physioswiss), dem Kanton Tessin und der Schweizerischen Patientenorganisation im Dezember 2003 gegründet
- ... hat sich etabliert als nationale Plattform für die Förderung der Patientensicherheit
- ... fördert, koordiniert und entwickelt Aktivitäten, Methoden, Projekte und praktisches Wissen zur Verbesserung der Patientensicherheit und Verminderung von Fehlern in der Gesundheitsversorgung
- ... betreibt Forschung und begleitet wissenschaftliche Aktivitäten
- ... arbeitet dafür in Netzwerken und anderen Kooperationsformen mit Stiftungsträgern, Leistungserbringern, Verbänden, Behörden, Experten, Finanzierern, Patientenorganisationen u.a. zusammen
- ... baut dabei auf eine breite Unterstützung durch alle ihre Partner

Im Stiftungsrat sind aktuell vertreten ...

- ... die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – SAMW
- ... die Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Gesundheit BAG
- ... die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – FMH
- ... der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK
- ... die Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz – PES
- ... die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft – SSO
- ... der Schweizerische Apothekerverband – pharmasuisse
- ... die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker – GSASA
- ... der Schweizer Physiotherapie Verband – physioswiss
- ... die Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation – SPO
- ... l'Ente Ospedaliero Cantonale des Kantons Tessin – EOC
- ... H+ Die Spitäler der Schweiz
- ... die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren – SVS
- ... die Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmCh
- ... das Kollegium für Hausarztmedizin – KHM
- ... die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren – GDK

Die Stiftung wird unterstützt und finanziert durch ...

- ... ihre Träger (siehe oben)
- ... die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel Landschaft, Basel Stadt, Bern, Fribourg, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, St. Gallen, Ticino, Uri, Vaud, Wallis, Zug, Zürich
- ... Spender, Förderer, Drittmittelgeber, Sponsoren und Kooperationspartner
- ... den Verkauf von Eigenleistungen und Dienstleistungen
- ... die Kooperation mit engagierten Fachleuten und Partnerorganisationen im In- und Ausland

Inhalt

1	Danksagung	4
2	Vorwort	5
3	Einführung	7
4	Was muss man wissen – was muss man tun?	11
5	Die Bedeutung medizinischer Fehler für das betroffene Fachpersonal – Ein systematischer Review	17
5.1	Hintergrund	17
5.2	Methodik	18
5.3	Ergebnisse	18
5.3.1	Die emotionale Belastung der betroffenen Ärzte	19
5.3.2	Der Umgang mit Fehlern: Bedürfnisse und Erfahrungen	23
5.3.3	Interventionen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen	25
5.4	Schlussfolgerungen	31
5.5	Literatur	34
6	Konkretisierung im nationalen Kontext	36
6.1	Erfahrungen von Fachpersonen in der Schweiz	36
7	Medizinische Fehler aus sozialpsychologischer Sicht	42
7.1	Fehler als Störung des Handlungsablaufes	42
7.2	Individuelle Verarbeitungsreaktion des Verursachers	43
7.3	Intervention gegenüber dem Verursacher und präventive Massnahmen	47
7.3.1	Intervention durch Gesprächsangebote – «In der Krise hilft das Gespräch»	47
7.3.2	Stärkung präventiver Faktoren bei der Verarbeitung des Verursachers	49
7.4	Verarbeitungsreaktion des Teams	51
7.5	Interventionen gegenüber dem Team und präventive Massnahmen	53
7.6	Implikationen für Führungspersonen zusammengefasst	55
7.7	Literatur	56
8	Konzeptioneller Rahmen für den betriebsinternen Umgang mit Fehlern	58
8.1	Modell	58
8.2	Zweckmässigkeit und Angemessenheit der Reaktion	59
8.3	Angriffspunkte	60
9	Instrumente, Angebote und Ressourcen	64
9.1	Instrumente der Stiftung für Patientensicherheit	64
9.2	Mögliche Anlaufstellen	65
9.3	Nationale und internationale Informationen und Angebote	65

Hinweis: Die verwendeten geschlechtsspezifischen Bezeichnungen gelten immer für beide Geschlechter. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit der Satzung wird nur eine Form verwendet

1 Danksagung

Dieses Dokument hat erheblich von der Mitwirkung verschiedener Experten profitiert. Wir bedanken uns bei allen Personen, die durch ihre Bereitschaft zur Auseinandersetzung und Diskussion einen wertvollen Beitrag geleistet haben. Dies sind das Präsidium (Prof. Dieter Conen, Marianne Gandon, Dr. Enea Martinelli) und die stellvertretende Geschäftsführerin der Stiftung für Patientensicherheit (Paula Bezzola), die Exponenten der FMH (Martina Hersperger, Dr. Daniel Herren) sowie die folgenden externen Fachpersonen und Experten: Till A. Boluarte, Gabriela Finkbeiner, Dr. Max Giger, Dr. Beat Kehrer, Domenic Schnoz, Dr. Edgar Voltmer, Prof. Dr. Ulrich Zollinger.

2 Vorwort

Es ist der Alptraum, vor dem sich die Patienten fürchten: Nach der Operation liegt das falsche Bein im Gips. Eine Verwechslung, unter der nicht nur der Patient zu leiden hat, sondern – und das darf nicht vergessen werden – auch der Arzt oder die Pflegefachperson, die sich für den Fehler verantworten müssen. Bereits das Auftreten einer postoperativen Infektion, in der Regel eine schicksalshafte Komplikation, beschäftigt den behandelnden Arzt oft über Wochen hinweg, verfolgt ihn sogar in seinen nächtlichen Träumen. Jeder Betroffene wird das bestätigen können. Das zeigt, wie wichtig es ist, solche Zwischenfälle mit einem professionellen Sicherheitsmanagement zu vermeiden. Und das macht auch deutlich, dass in solch schwierigen Situationen nicht nur an den Patienten, sondern ebenfalls an das zweite Opfer, den behandelnden Arzt, die Pflegefachpersonen und die anderen Therapeuten zu denken ist.

Die Auseinandersetzung mit Fehlern findet in der Medizin leider noch viel zu oft alleine und im Stillen statt. Dass sie beim Arzt, beim Pflegenden oder beim Therapeuten schwere persönliche Krisen auslösen können, die bis zur Berufsaufgabe oder sogar zu suizidalen Gedanken führen, stellt nach wie vor ein grosses Tabu dar. Deshalb will das von der FMH mitinitialisierte und von der Stiftung für Patientensicherheit geleitete Projekt die Sicherheitskultur in den Betrieben verbessern und die Mitarbeiter in medizinischen Betrieben bei Zwischenfällen unterstützen. Eine verbesserte, offene Kommunikationskultur soll es möglich machen, konstruktiv aus Fehlern zu lernen und den Betroffenen – d.h. den Patienten wie auch dem medizinischen Personal – beim Bewältigen der Krisensituation zu unterstützen. Dabei kann ein klar strukturierter Handlungsrahmen helfen. Gefordert sind vor allem die Vorgesetzten, die sich der Thematik annehmen und die Begleitung der Betroffenen als wichtige Führungsaufgabe ansehen müssen. Die Sensibilisierung muss möglichst früh einsetzen: Angehende Ärzte und Pflegende sind bereits im Studium und der Ausbildung mit der Problematik zu konfrontieren. Schulungen auf allen Hierarchiestufen sollen die Ängste bei der Verarbeitung von medizinischen Zwischenfällen abbauen und die Gelegenheit bieten, sich mit den Folgen auseinanderzusetzen. Von einem solchen Umgang mit Fehlern profitieren alle: Wo mit medizinischen Zwischenfällen auf allen Ebenen professionell umgegangen wird, verbessert sich die gesamte Sicherheitskultur. Wir sind überzeugt, dass sich mit unserer Arbeit die Betreuung von «Opfern» und «Tätern» bei medizinischen Zwischenfällen erheblich verbessern lässt.

Prof. Dr. med. Dieter Conen, Präsident Stiftung für Patientensicherheit
Dr. med. Jacques de Haller, Präsident FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Dr. med. Daniel Herren, Mitglied Zentralvorstand FMH, Ressort Qualität
Marianne Gandon, Pflegefachfrau, Vizepräsidentin Stiftung für Patientensicherheit



3 Einführung

Die Stiftung für Patientensicherheit befasst sich mit konkreten Schwerpunkten (Hotspots) der Patientensicherheit. Unser Ziel ist es, durch Forschung, durch Einbezug von Gesundheitsorganisationen, Experten und Fachwissen und durch eigene Entwicklungsarbeit fundierte Erkenntnisse und Hilfsmittel zur Lösung spezifischer Probleme zu entwickeln. Eines der bedeutendsten Themen der Patientensicherheit ist der Umgang mit Behandlungsfehlern: Wie wird nach Fehlern gehandelt, kommuniziert, agiert und reagiert? Ein Thema mit vielen Facetten: Zuvorderst steht der Umgang mit Patienten und Angehörigen, den «first victims» von Behandlungsfehlern. Diesem Aspekt schenken wir bereits intensive Beachtung, indem wir Materialien und Schulungen anbieten. Mit diesen lernen Fachpersonen, nach einem Behandlungsfehler mit Patienten und Angehörigen adäquat zu kommunizieren und umzugehen. Ebenso bieten wir seit längerem Schulungen und Unterstützung für die systemische Analyse und lernorientierte Aufarbeitung von Fehlern und Zwischenfällen an.

Mit der vorliegenden Schriftenreihe und dazugehörigen Materialien und Angeboten widmen wir uns nun dem betriebsinternen Umgang mit den *Mitarbeitern*, die an einem Fehler beteiligt waren.

Warum sind das betriebsinterne Management nach Fehlern und dabei besonders der konstruktive Umgang mit beteiligten Mitarbeitern so wichtig? Behandlungsfehler haben nicht nur Folgen für Patienten und Angehörige. Sie beeinträchtigen auch die Mitarbeiter – besonders diejenigen, welche in den Fehler involviert waren. Man spricht deshalb von «second victims». Die Folgen für diese Mitarbeiter können gravierend sein. Sie reichen von vorübergehender Verunsicherung bis zu lange andauernden psychischen und somatischen Beeinträchtigungen (vegetative Störungen, Schlaflosigkeit, Isolation, Burn-out, Depressivität bis Depression, etc.) – mit Folgen für die Berufszufriedenheit, die Lebensquali-

tät, die Ausübung der klinischen Tätigkeit und die individuelle Performance. Meist können solche Situationen nicht allein bewältigt werden. Und es geht nicht um Einzelfälle. Es wird irgendwann jeden, der in der Behandlung und Betreuung von Patienten engagiert ist, in seinem Berufsleben mit grosser Wahrscheinlichkeit treffen. Und es trifft alle beteiligten Berufsgruppen, seien es Ärzte, Pflegefachpersonen und Pflegenden, Therapeuten, Laborfachpersonen, Pharmazeuten, Logistiker, technische Mitarbeiter und anderes Fachpersonal. Es geschieht in jeder Gesundheitsorganisation – laufend.

Bisher wird über diese spezifische Thematik des «second victims» noch kaum offen gesprochen. Ihre Allgegenwärtigkeit wurde aber auch im Verlauf unserer Arbeiten deutlich: im direkten Kontakt mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen – z.B. nach Vorträgen zum Thema, am Rande von Projektpräsentationen, in Workshops, Fokusgruppen, Expertengesprächen usw. – offenbaren sich uns regelmässig Personen, auch lang gediente Professionals, mit ihren individuellen Fehlergeschichten – aktuellen und solchen, die oft Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen. Nachhaltige tiefe Beschäftigung, erneutes Aufwühlen, das Bedürfnis nach Erzählen, Bewältigen und Einbetten in den damaligen organisationalen Kontext und die spätere persönliche Laufbahn werden dabei immer auf bewegende Weise spürbar. Es sind offensichtlich Geschehnisse, welche sich mit nachhaltiger Wirkung in Biographien festsetzen.

Neben den direkt Beteiligten werden die Führungskräfte, das Team und die Organisation als Ganzes im wörtlichen Sinn in «Mitleiden»schaft gezogen. Zudem weisen betroffene Mitarbeiter neben ihrer persönlichen Beeinträchtigung Einbussen ihrer Leistungsfähigkeit und Leistungsqualität auf. Wenn die Folgeerscheinungen der Beteiligung an einem Fehler nicht systematisch und konstruktiv angegangen werden, kann ein Teufelskreis resultieren (Fehler > Beeinträchtigung der Leistung > höhere Fehlergefahr), der nicht nur individuell tragisch, sondern betrieblich und strategisch relevant sein kann. Ein aktiver, besonnener und vorbereiteter Umgang hilft, diese Folgen zu mildern oder zu verhindern.

Damit wird klar, dass Betriebe und deren Führung eine mehrfach begründete Verantwortung dafür tragen, den konstruktiven Umgang mit Mitarbeitern nach Behandlungszwischenfällen zu einem zentralen Füh-

zungsthema und Teil des klinischen Risikomanagements zu machen: Es geht um die Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern (Arbeitsgesundheit und Performance), gegenüber Patienten (Qualität und Sicherheit der Behandlung), gegenüber der Organisation (Sicherheitskultur, Produktivität) und der Gesellschaft (effiziente Gesundheitsversorgung). Gelingt es, ein Klima zu schaffen, in dem Fehler konstruktiv thematisiert und aufgearbeitet werden, in dem über Fehler gesprochen werden kann und in dem vor den Folgen für die beteiligten Mitarbeiter die Augen nicht verschlossen werden, so führt dies zu einer Verbesserung der Situation von Mitarbeitern, Patienten und Unternehmen – es ist also ein starker Beitrag zur Sicherheitskultur.

Unser Anspruch war, dieses Thema fundiert aufzuarbeiten und Empfehlungen, Hilfsmaterialien, Schulungskonzepte und Unterstützungsangebote für die Leistungserbringer zu entwickeln. Dafür wurden wissenschaftliche Grundlagen erarbeitet, eigene Forschungsarbeiten durchgeführt und für die Praxis relevante Ergebnisse, Empfehlungen und Unterstützungsmittel abgeleitet.

Im Verlauf dieser Arbeiten stellten wir fest, dass es mittlerweile zwar einige Forschungsarbeiten gibt, welche die Situation betroffener Mitarbeiter und das Problem im weiteren Sinne beschreiben. Hingegen existieren international noch praktisch keine dokumentierten, etablierten und umfassenden Konzepte und Aktivitäten («Blaupausen») für die Umsetzung im klinischen Alltag. Wir mussten also nicht nur eigene Forschung betreiben oder bereits existierendes Fachwissen zusammentragen, sondern selbst Lösungs-ideen und -ansätze entwickeln. Insofern beschreiten wir ein Stück weit Neuland.

Diese Schrift ist das Hauptdokument unserer Materialien. Wir wollen damit diesen noch kaum ganzheitlich beschriebenen Problembereich fundiert und praktisch fassbar beleuchten. Das Dokument enthält die aufgearbeiteten wissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen, die konzeptionellen Elemente (inkl. eines Modells) für die Bewältigung im Betrieb und Handlungsempfehlungen. Unser Ziel ist nicht nur die Dokumentation des Problems und der Handlungsempfehlungen, sondern auch die Anwendung im klinischen Alltag. Deshalb gibt es neben dieser Schrift eine Kurzfassung (siehe Einlagen in dieser Schriftenreihe), Schulungsmaterialien und -angebote, weitere Hilfsmittel

und Vernetzungen mit geeigneten Anbietern von Unterstützungsleistungen.

Auch wenn wir von dem, was wir hier vorlegen, zum jetzigen Zeitpunkt überzeugt sind, erheben wir keinen Anspruch auf vollumfängliche Betrachtung. Das Thema ist sehr komplex und wir stehen damit erst am Anfang einer Entwicklung. Wir gehen davon aus, dass die Anwendung und die Entwicklungen in der Branche und die Erfahrungen, von denen wir hoffen, dass sie gemacht werden, neue Erkenntnisse und Ergänzungen bringen werden. Wir sind deshalb dankbar für Anregungen zur Weiterentwicklung unserer Empfehlungen, Dokumente und Angebote.

Zum Aufbau dieser Schrift: Sie gliedert sich in die folgenden Hauptteile:

Mit dem anschliessenden Kapitel («Was muss man wissen – was muss man tun?») steigt der Leser direkt in die Thematik ein. Wir beginnen also mit dem Wichtigsten zuerst. Das Kapitel enthält die Essenz für die Handlungsebene in Form der zentralen Wissensinhalte und konkreter Verhaltensempfehlungen für Kader, Kollegen und betroffene Mitarbeiter. Diese Empfehlungen dienen als Anregung zur Entwicklung betriebsinterner Konzepte, Verhaltensweisen und Verfahren und als Referenz für akute Situationen. Mit diesen Empfehlungen sprechen wir bewusst direkt die Menschen als handelnde, kommunizierende, sich verhaltende, führende, direkt beteiligte, als Kollegen involvierte Mitarbeiter an. Das Ziel ist letztlich aber die systematische Verankerung von Strukturen, Verfahren, Regeln, Kommunikationsgepflogenheiten und Verhaltensweisen in der Organisation. Dies gelingt jedoch nur, wenn die Führungskräfte und Mitarbeiter zuerst *individuell* «berührt» werden.

Die Empfehlungen sind das Resultat aus umfangreichen Vorarbeiten. Diese finden sich in den darauf folgenden Kapiteln mit den wissenschaftlich-empirischen, psychologischen und konzeptionellen Grundlagen, vertiefenden Hintergrundinformationen sowie weiterführenden Angeboten, Ressourcen und der Literatur. Auf Basis der wissenschaftlichen Kapitel werden die Evidenz der Empfehlungen und die theoretischen Aspekte für die Umsetzung von Massnahmen nachvollziehbar.

Wir empfehlen, die Schrift folgendermassen zu lesen: Beginnen Sie vorne mit dem, «was man wissen und



was man tun muss». Lesen Sie dann die wissenschaftlichen, psychologischen und konzeptionellen Grundlagen bis zum Schluss und lesen Sie am Ende nochmals das erste Kapitel. Damit erzielen Sie einen optimalen Lerneffekt und eine effektive Interaktion zwischen Praxiswissen, Theoriebasis und erneuter praxisorientierter Betrachtung. Zudem sind die wichtigsten Botschaften für die Umsetzung (Handlungs- und Verhaltensebene) in einem handlichen Format diesem Dokument beigelegt. Diese Beilagen können Sie entnehmen und separat verwenden, sei es im Alltag, unterwegs, als Gedankenstützen oder um sie weiterzugeben.

Wir sind uns bewusst, dass wir mit dem hier aufbereiteten Thema eine bis vor einigen Jahren noch ziemlich tabuisierte Problematik aufgreifen. Erfreulicherweise werden Fehler in der Gesundheitsversorgung aber seit längerem zunehmend offen, differenziert und unvoreingenommen diskutiert. Dieser Öffnungs-Prozess wird weiter voranschreiten (müssen). Wir gehen des-

halb davon aus, dass heute in vielen Betrieben die Voraussetzungen gegeben oder am Entstehen sind, um die Thematik aufzunehmen und die Empfehlungen umzusetzen.

Wenn dies gelingt, leisten dieses Dokument, die begleitenden Angebote und die Personen und Institutionen, welche die Inhalte aufnehmen, einen bedeutenden Beitrag zur Linderung von Folgeerscheinungen nach Behandlungsfehlern und zur Patientensicherheit.

So ist es mir ergangen ...

Mein schwerster Fehler ist jetzt fast 5 Jahre her. Aber es fühlt sich noch immer an, als wäre es gestern gewesen. An einem Freitagnachmittag. Wir hatten mehrere Notfälle zu versorgen, es war stressig. Ich war erschöpft und gleichzeitig überdreht und freute mich auf das Wochenende. Wie und warum es genau passiert ist, weiss ich bis heute nicht. Ich habe das falsche Medikament (Adrenalin) genommen und auch noch 10fach überdosiert. Der Patient erlitt einen Schock und während wir versuchten, die Situation unter Kontrolle zu bekommen, wurde mir klar, dass ich Schuld daran war. Dieses Gefühl kroch wie eine brennende Welle durch meinen Körper. Mir wurde heiss, kalt, schwindelig. Und ich hatte nur einen Gedanken: **«Das kann doch nicht sein, das darf doch nicht wahr sein, das kann nicht wahr sein»**. Aber es war wahr. Diese Hitze drängte in mein Bewusstsein und liess sich nicht mehr vertreiben. Ich bekam absolute Panik und konnte nicht mehr klar denken, nicht mehr reagieren, nicht mehr sprechen. Der Chef hat mich rausgeschickt und später, als klar war, dass der Patient meinen Fehler überleben würde, nur gesagt **«Da haben Sie aber noch mal Glück gehabt»**. Wir haben nie wieder darüber gesprochen. Am Abend ging ich nach Hause. Das ganze Wochenende war eine einzige Zeitlupe. Ich stand völlig neben mir und wusste überhaupt nichts zu tun. Eine unglaubliche Wut kam in mir auf, wie konnte mir das nur passieren. Wie ein Anfänger, der nicht weiss, was zu tun ist. Wie konnte ich jemals wieder sicher sein, in dem was ich tue? Wer war ich, dass ich einen Patienten so gefährdet habe?

Als ich am nächsten Montag in die Klinik ging, kam diese Panik wieder. Ich schämte mich in Grund und Boden und interpretierte Häme in jeden Blick und in jedes Wort. Natürlich wussten alle, was passiert war. Aber keiner hat wirklich mit mir geredet. Es gab ein paar mal Schulterklopfen. **«Mach Dir nix draus, das passiert schon mal»**, **«Du hast es ja nicht mit Absicht gemacht»**, **«Nimm dir das nicht so zu Herzen»**. Alles ging zur Tagesordnung über, nur ich konnte das sehr lange nicht. In Sitzungen und Besprechungen fühlte ich mich einsam, so als würde eine Glasscheibe mich von meinen Kollegen trennen. Die guten Ärzte auf der einen Seite, ich auf der anderen Seite. Immer und immer wieder bin ich seither nachts aufgestanden und habe mich gefragt **«Wie konnte das passieren? Wo war ich mit meiner Aufmerksamkeit? Wieso hat mich kein inneres Alarmsystem gewarnt, dass ich etwas völlig falsch mache? Wie kann ich sicherstellen, dass mir das gleiche nicht wieder passiert?»**. Ich finde bis heute keine Antworten.

Später habe ich mit Freunden und einem Kollegen aus einem anderen Spital gesprochen. Das tat gut und war wichtig für mich. Langsam verheilte die Wunde. Es hat lange gedauert, aber inzwischen macht mir die Arbeit wieder Freude. Ich habe wieder Sicherheit in meiner Arbeit gefunden, hinterfrage nicht mehr jede Handlung. Manchmal überkommen mich starke Selbstzweifel, ob ich überhaupt für diesen Beruf geeignet bin. Wenn ich meinen ehemaligen Chef treffe, fühle ich mich immer noch ertappt, schamvoll. Und kann ihn kaum anschauen. Er hat meinen Fehler vermutlich längst vergessen. Ich werde das nie.

4 Was muss man wissen – was muss man tun?

Auf den folgenden Seiten sind für die verschiedenen Gruppen von Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen in kurzer Form die wesentlichsten Aspekte, Haltungs- und Handlungsoptionen für den Umgang mit Fehlern aufgeführt: für Kader, für Kollegen und für die direkt am Fehler Beteiligten. Dabei wird teilweise zwischen grundsätzlichen Verhaltensempfehlungen und konkreter Situation nach einem Fehler unterschieden. Ebenso wird zwischen «Wissen» und «Handeln» unterschieden. Naturgemäss kann nicht auf alle spezifischen Situationen detailliert eingegangen werden. Nicht alle Handlungsoptionen sind vermutlich in allen Institutionen gleichermassen relevant, sondern abhängig von Rahmenbedingungen und Umweltfaktoren wie interner Kultur, Grösse und anderen Aspekten. Daher sollten die im Kapitel 8.2. vorgestellten Dimensionen der Zweckmässigkeit berücksichtigt werden. Die folgenden Empfehlungen wollen Grundlage und Hilfe sein für die individuelle persönliche und betriebliche Entwicklung von spezifischem Verhalten, Haltung, Strukturen und Prozessen.

Kader Was muss man WISSEN?

Grundsätzlich:

- **Betrachtung als Notfall:** Ein Behandlungsfehler oder Behandlungszwischenfall ist wie ein klinischer Notfall zu betrachten. Er hat mehrere Opfer: den betroffenen Patienten und seine Angehörigen, die involvierten Mitarbeiter, das Team und die Organisation als Ganzes. Wie bei einem medizinischen Notfall ist ein strukturiertes besonnenes Vorgehen entscheidend für den Ausgang und die «Heilung» der Situation.
- **Folgen:** Ein Behandlungsfehler oder Behandlungszwischenfall kann langfristige gravierende Folgen für betroffene Mitarbeiter haben. Die Folgen betreffen das psychische und somatische Befinden, die Leistungsfähigkeit, die Arbeitszufriedenheit, die Lebensqualität. Man spricht deshalb vom «second victim» (im Gegensatz zum Patienten, dem «first victim»). Diese Folgen können und müssen durch einen geeigneten Umgang systematisch vermindert bzw. vermieden werden.
- **Unvermeidbarkeit:** Sie können davon ausgehen, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit in Ihrer Laufbahn auch in Ihrem Team irgendwann zu einem schweren Fehler kommen wird, der die betroffenen Mitarbeiter nachhaltig belastet.
- **Krise:** Ein solches Ereignis kann auch für Führungspersonen eine Krisensituation darstellen und ein Gefühl der Überforderung auslösen.
- **Vertrauen:** Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Führung und Mitarbeitenden ist eine wichtige Grundvoraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern im Team.
- **Interprofessionalität:** Fehler können auch in interprofessionellen Team passieren. Und selbst wenn primär nur eine Berufsgruppe betroffen ist, kann ein Zwischenfall auch direkte oder indirekte Ausstrahlungen auf anderen Professionen im Team oder Betrieb haben.
- **Führung:** Aktive, klare und empathische Führung durch Vorgesetzte spielt in solchen Situationen eine

entscheidende Rolle für eine konstruktive Bewältigung – sowohl für Betroffene, Beteiligte als auch die Organisation als Ganzes.

- **Vorbereitung:** Es ist deshalb sehr wichtig, sich als Führungsperson in ruhigen Zeiten darauf vorzubereiten, damit man in der akuten Situation nicht überfordert ist oder improvisieren muss.
- **Lernen:** Der Umgang mit Fehlern und betroffenen Mitarbeitern ist nicht trivial. Er kann und muss gelernt werden.
- **Kommunikation:** Sowohl informelle Kommunikation als auch formale Kommunikation über Fehler in einem Team sind wichtig! Formale Anlässe und Gefässe werden häufig als Anknüpfungspunkt für den Austausch zwischen Mitarbeitern genutzt.
- **Hilfsangebote:** Seien Sie über mögliche Hilfsangebote innerhalb und ausserhalb Ihres Betriebes informiert.

In einer akuten Situation nach einem Fehler im Team:

- **Verhalten:** Seien Sie sich bewusst, dass Ihr Verhalten einen ganz entscheidenden Einfluss darauf hat, ob der Mitarbeiter konstruktiv mit dem Vorfall umgehen kann.
- **Emotion:** Betroffene Mitarbeiter befinden sich in einer emotionalen Ausnahmesituation. Die emotionale Komponente wird oft unterschätzt, «wegrationalisiert» oder ignoriert. Betroffene Mitarbeiter benötigen deshalb neben sachlich-fachlicher besonders auch emotionale Unterstützung.
- **Reden:** Das Sprechen-Können mit Kollegen («peers») und Führungspersonen ist für einen betroffenen Mitarbeiter die wichtigste Massnahme, um einer dauerhaften und schweren Belastung vorzubeugen.



Was muss man TUN?

Grundsätzlich:

Strukturell vorbereitet sein

- **Persönliche «Vorstrukturierung»:** Rechnen Sie damit, dass auch Sie in einer schwerwiegenden Situation emotional beteiligt sein können. Bereiten Sie sich deshalb auf die wahrscheinlich eintretende Situation vor.
- **Krisenkonzept:** Entwickeln Sie für Ihren Betrieb ein Konzept mit Strukturen, Abläufen, Verantwortlichkeiten, internen und externen Unterstützungsleistungen, Regeln und einer daraus abgeleiteten Checkliste («Was ist wann wie von wem zu tun?») für den internen Umgang nach einem Fehler. Implementieren Sie die Elemente Ihres Konzeptes und informieren Sie darüber in ruhigen Zeiten. Damit sind Sie, Ihr Betrieb und Ihre Mitarbeiter gerüstet – gerade auch dann, wenn man selber emotional involviert ist.
- **Strukturen im normalen Alltag:** Nutzen oder schaffen Sie (neue) Strukturen, in denen sich Mitarbeiter aktiv und regelmässig als Teil des «normalen klinischen Alltages» mit Fehlern und Zwischenfällen konstruktiv auseinandersetzen und austauschen können. Diese sollten möglichst eng in die klinische Tätigkeit integriert sein. Morbiditäts-Mortalitäts-Konferenzen (MoMo's oder MMC's) und Fallbesprechungen sind z.B. eine Möglichkeit. Es bieten sich aber auch andere Gefässe an (z.B. explizite Fehler-Reflexionsmeetings oder Debriefings).

Kulturboden schaffen

- **Sensibilisierung:** Sprechen Sie auch im Team an, dass es zu solchen Situationen kommen wird, und dass Ihnen ein konstruktiver unterstützender Umgang damit wichtig ist.
- **Vorbild:** Seien Sie sich bewusst, dass Sie Vorbild für die Mitarbeiter sind. Es ist gut, wenn Sie über eigene Fehler offen sprechen können. Teilen Sie auch Ihre Erfahrungen mit den Mitarbeitern, wie es Ihnen in ähnlichen Situationen mit Fehlern ergangen ist.

- **Klare Signale:** Lassen Sie keinen negativen Umgang mit Fehlern im Team zu. Ächten Sie sichtbar nur schon Ansätze von Mobbing und Sündenbock-Kultur. Machen Sie deutlich, dass Sie ein entsprechendes Verhalten nicht akzeptieren.
- **Gelebte Sicherheitskultur:** Stärken Sie die Sicherheitskultur in Ihrem Verantwortungsbereich, zum Beispiel die Nutzung von Meldesystemen, Teamarbeit, interprofessionelles Arbeiten.

Bildung fördern

- **Kompetenzaufbau:** Stärken Sie soziale und kommunikative Kompetenzen in Ihrem Team, zum Beispiel durch das Angebot von Weiterbildungen oder Schulungen.
- **Erfahrungsaustausch:** Tauschen Sie sich mit Kollegen auf Kaderebene aus, damit alle von den Erfahrungen profitieren können.
- **Schulung:** Besuchen Sie eine Kaderschulung oder ein Coaching zu diesem spezifischen Thema, um sich zu qualifizieren und Ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln.

In einer akuten Situation nach einem Fehler im Team:

Achtsamkeit und Konstruktivität

- **Offenheit:** Haben Sie nicht nur offene Ohren für Mitarbeiter, sondern auch offene Augen! Möglicherweise erkennen Sie Verhaltensänderungen oder emotionale Notlagen, die auf einen Fehler zurückzuführen sind.
- **Destruktion vermeiden:** Falls es zu Schuldzuweisungen, Verurteilungen, oder Isolation durch andere Mitarbeiter kommt, machen Sie unmissverständlich klar, dass Sie dieses Verhalten im Team nicht akzeptieren. Stellen Sie sicher, dass alle Angebote und Reaktionen Ihrerseits (Gespräche, kritische Aufarbeitung von Entscheidungen, Freistellung, Fehler-Aufarbeitung, etc.) nicht als destruktive Sanktionierung vom Mitarbeiter empfunden werden, sondern als Unterstützung.

- **Zeiträume schaffen:** Es handelt sich um eine klinisch-psychologisch hochrelevante Situation. Wie bei einem medizinischen Notfall gilt es, für die Bewältigung explizit Zeiträume zu schaffen. Dies ist eine wesentliche Verantwortung von Führungspersonen.
- **Interprofessionalität:** Achten Sie darauf, ob das Ereignis und die Folgen nur auf ihre Berufsgruppe ausstrahlen, oder ob auch andere Berufsgruppen bzw. das Umfeld betroffen sind. Die Ausstrahlung auf andere Berufsgruppen ist häufig, wird aber oft übersehen. Beziehen sie in diesem Fall die anderen Berufsgruppen in ihre Reaktionen mit ein.
- **Gespräche mit Patient/Angehörigen:** Bezüglich Inhalten, Form, Verantwortlichkeiten zu diesem Aspekt verweisen wir auf unsere spezifischen entsprechenden Materialien und Kursangebote. An dieser Stelle ist speziell auf folgendes hinzuweisen: Sorgen Sie für eine bewusste Entscheidung, wer was wie kommuniziert. Die Beteiligung des in den Fehler involvierten verantwortlichen Mitarbeiters kann sinnvoll sein und ist zu prüfen. Bieten Sie in diesem Fall dem Mitarbeiter ggf. an, ihn beim Gespräch mit betroffenen Patienten zu begleiten und zu unterstützen. Laufen solche «Offenlegungsgespräche» schlecht, können Sie die emotionale Situation des Mitarbeiters verschärfen.

Emotions- und Bedürfnislage

- **Emotionen:** Rechnen Sie mit unangenehmen oder starken emotionalen Reaktionen des Mitarbeiters. Versuchen Sie, die Emotionen zuzulassen und sie nicht zu negieren. Vermeiden Sie eine reine Rationalisierung.
- **Bedürfnisse Betroffener:** Berücksichtigen Sie die wichtigsten Bedürfnisse des Mitarbeiters im Gespräch. Diese sind typischerweise: Grundsätzliche Bestätigung der fachlichen Kompetenz, Überprüfung und Abklärung des (klinischen) Entscheidungsprozesses vor dem Fehler, Bestärkung des Selbstwertgefühls des Mitarbeiters, Bestätigen der Normalität emotionaler Reaktionen auf einen Fehler und Ernst-Nehmen der emotionalen Komponente.
- **Freistellung:** Prüfen Sie, ob eine Freistellung des Mitarbeiters eine temporäre Hilfe sein kann.

Am Mitarbeiter dran bleiben

- **Kontakt halten:** Sie bleiben als Chef wichtig für den Mitarbeiter! Auch wenn dieser externe Stellen in Anspruch nimmt, bleiben Sie in Kontakt mit dem Betroffenen. Nimmt ein Mitarbeiter Ihre Angebote nicht an, beobachten Sie aufmerksam und sensibel, ob es tatsächlich keinen Bedarf für ein Gespräch gibt, oder ob der Mitarbeiter sich selbst isoliert, seine (tatsächliche) Verantwortung für das Ereignis ablehnt oder aus Scham keine Hilfsangebote annehmen kann. Behalten Sie den Mitarbeiter also im Auge und informieren Sie sich ggf. auch bei Kollegen über die Situation des Betroffenen.
- **Follow-up:** Denken Sie an das Follow-up des Mitarbeiters: Suchen Sie mittel- und langfristig erneut das Gespräch mit dem Betroffenen, um eine mögliche Chronifizierung abzuklären (Schlafstörungen, Burn-out, Depression).

Reden

- **Gespräch:** Bieten Sie aktiv und mehrfach das Gespräch über das Ereignis an. Bereiten Sie sich auf diese Gespräche vor.
- **Sprache:** Reden Sie nicht in ausweichender oder beschönigender Sprache. Verwenden Sie eine einfühlsame, aber eindeutige und klare Sprache.

Angebote

- Bieten Sie dem Mitarbeiter weitere interne oder externe Hilfsangebote an und machen Sie deutlich, dass es keine Schande ist, solche Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- **Unterstützung im klinischen Arbeiten:** Falls der Mitarbeiter akut oder postakut in seiner Kompetenz verunsichert ist, bieten Sie an, ihn bei der klinischen Entscheidungsfindung durch Rückversicherung oder «Back-Up» in schwierigen Fällen zu unterstützen. Ziel muss es sein, dass der Mitarbeiter wieder zu einer ausgewogenen – selbstkritischen und selbstbewussten – Wahrnehmung seiner Kompetenz und zu guter Produktivität zurückfindet.

Lernorientierte Aufarbeitung

- **Fehleranalyse und Lernen aus dem Fall:** Sorgen Sie für eine vollständige fachliche Aufarbeitung und Abklärung des Vorfalls im Team. Welche Faktoren und Prozesse haben zum Fehler geführt, welche Barrieren haben versagt, und warum? Welche Massnahmen könnten eine Wiederholung verhindern? Nutzen Sie den Vorfall als Möglichkeit zum Lernen in Ihrem Team.
- **Interprofessionalität:** Gehen Sie bei der Aufarbeitung eines Fehlers den interprofessionellen Weg! Suchen Sie sich Verbündete aus anderen Berufsgruppen und achten Sie bei Abklärungen darauf, auch indirekte Ausstrahlungen bei anderen Berufsgruppen zu berücksichtigen.



Kollegen

Was muss man WISSEN?

- **Krise und Emotion:** Kommt es in Ihrem Team zu einem Fehler, ist dies für alle Beteiligten eine Ausnahmesituation. Heftige und unangenehme emotionale Reaktionen sind möglich.
- **Auch Sie als Kollege sind gefordert!** Es reicht nicht, wenn die Führungspersonen den betroffenen Mitarbeiter unterstützen, wenn gleichzeitig alle Kollegen die Situation ignorieren.
- **Geben und Nehmen:** Machen Sie sich bewusst, dass auch Sie einmal in eine entsprechende Situation kommen können. Wenn Sie sich selber wünschen, dass Ihre Kollegen Sie dann unterstützen, sollten auch Sie solche Unterstützung anbieten.
- **Interprofessionalität:** Fehler können auch in interprofessionellen Teams passieren. Ein respektvoller Umgang auch mit Kollegen anderer Berufsgruppen ist wichtig.
- **Vertrauen pflegen:** Seien Sie – auch ohne akuten Anlass – sorgsam im Umgang mit Ihren Kollegen! Sie prägen durch Ihr Verhalten im täglichen Umgang die Kultur und Atmosphäre in Ihrem Team. Vermeiden Sie Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisungen und Herabwürdigungen. Bestimmen solche Verhaltensweisen schon im Alltag den Umgang miteinander, ist eine unterstützende und vertrauensvolle Kollegialität in Krisenzeiten unmöglich.
- **Reden:** Das Sprechen mit Kollegen («peers») und Führungspersonen ist die wichtigste Massnahme, um einer dauerhaften und schweren Belastung des Mitarbeiters vorzubeugen.
- **Hemmungen:** Seien Sie sich Ihrer Hemmungen zum Gespräch bewusst und versuchen Sie aktiv, diese zu überwinden.

Was muss man TUN?

- **Aktive Angebote:** Seien Sie gesprächsbereit und zeigen Sie, dass Sie sich dafür Zeit nehmen. Bieten Sie dem betroffenen Kollegen aktiv ein vertrauensvolles Gespräch an.
- **Fachlichkeit und Emotion:** Sind Sie im Kontakt mit dem Kollegen, nehmen Sie seine Emotionen ernst! Wiegeln Sie diese Reaktionen nicht ab, verleiten Sie ihn nicht zur Verdrängung. In der Auseinandersetzung mit einem Fehler ist beides wichtig: Die fachliche Auseinandersetzung und der Austausch über die emotionale Seite. Beteiligen Sie sich aktiv und versuchen Sie, dass beide Aspekte im Team Platz haben und berücksichtigt werden. Vermeiden Sie eine reine Rationalisierung des Vorfalles.
- **Angebote:** Weisen Sie den Kollegen auf interne oder externe Anlaufstellen hin.
- **Nein zu Beschuldigungen:** Kommt es zu offenen oder verdeckten Beschuldigungen, Mobbing, oder Abstempeln im Team, beteiligen Sie sich nicht daran! Wenn es Ihnen möglich ist, versuchen Sie diese Kollegen darauf aufmerksam zu machen, dass ihr Verhalten nicht sinnvoll ist.
- **Achtsamkeit:** Beobachten Sie den betroffenen Kollegen aufmerksam um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen.
- **Fachliche Unterstützung:** Es ist möglich, dass ein betroffener Kollege sich nach einem Fehler in fachlichen Entscheidungen bei Ihnen rückversichert, Sie um Ihre Einschätzung oder Unterstützung bittet. Dies kann Ausdruck einer fachlichen Verunsicherung sein. Soweit es Ihnen möglich ist, können Sie Ihren Kollegen unterstützen, in dem Sie schwierige Situationen gemeinsam beurteilen. In der Regel finden Betroffene relativ zügig zu einer realistischen Einschätzung ihrer Fähigkeiten zurück.
- **Schulung:** Wenn es das Angebot für eine Schulung sozialer und kommunikativer Kompetenzen an Ihrem Arbeitsplatz gibt – machen Sie mit!



Betroffene Was muss man WISSEN?

- **Sensibilisierung:** Ein Fehler kann jeder Fachperson passieren. Die Situation kann Sie so belasten, dass Sie für die Bewältigung Unterstützung benötigen. Auch dies kann jeder Fachperson passieren.
- **Normale Reaktion auf abnormale Situation:** Scham, Schuldgefühle, Ohnmacht, Verunsicherung und Selbstzweifel, Schlaflosigkeit sind normale Reaktionen auf eine ausserordentliche Situation. Wenn man einen Fehler macht, und unter dieser Erfahrung leidet oder in emotionale Nöte gerät, ist man deswegen kein inkompetenter oder schlechter Arzt oder Pflegefachmann.
- **Hinschauen hilft:** Ein aktiver Umgang mit dem Fehler kann Sie vor bleibenden Belastungen schützen!

Was muss man TUN?

- **Emotion:** Versuchen Sie, den Vorfall nicht zu verdrängen oder zu beschönigen. Ziehen Sie sich nicht zurück. Lassen Sie Ihre emotionalen Reaktionen zu.
- **Hilfe holen ist professionell:** Holen Sie sich Unterstützung! Dies können Kollegen oder Vorgesetzte sein. Haben Sie kein Vertrauen in diese Personen, suchen Sie eine Vertrauensperson in Ihrem Umfeld, oder professionelle Hilfe. Wissen, wann man Hilfe braucht – und diese auch zu beanspruchen – ist Ausdruck qualifizierter Selbsteinschätzung und einer professionellen Haltung.
- **Reden:** Sprechen Sie mit Ihren Kollegen und/oder Vorgesetzten. Suchen Sie den Austausch – dies ist entlastende Hilfe und reduziert das Risiko für schwerwiegende Folgen wie Burn-out oder Depressionen.
- **Beteiligung bei der Aufarbeitung:** Es ist gut, wenn der Vorfall im Gespräch mit Kollegen, im Team oder mit anderen Beteiligten fehleranalytisch aufgearbeitet wird. Versuchen Sie, sich daran zu beteiligen. Sie wissen wahrscheinlich am meisten über den Vorfall! Es kann Sie entlasten, wenn Sie dazu beitragen, aus dem Fehler zu lernen.
- **Lernen:** Versuchen Sie gemeinsam mit Fachpersonen und Vorgesetzten, die Prozesse und Entscheidungen, die zum Fehler geführt haben, nachzuvollziehen. So kann Ihre Frage, ob und an welcher Stelle Sie möglicherweise falsch oder inadäquat reagiert oder entschieden haben, beantwortet werden. Wenn Sie durch den Vorfall grundsätzlich verunsichert sind und dadurch an Ihrer fachlichen Kompetenz zweifeln, suchen Sie temporär Absicherung bei klinischen Entscheidungen. Fragen Sie Kollegen oder Vorgesetzte um ihre Einschätzung oder eine Zweitmeinung. So können Sie als Fachperson wieder Tritt fassen.
- **Patientengespräch:** Es ist wichtig, dass betroffene Patienten und Angehörige erfahren, wenn es zu einem Fehler gekommen ist. Wenn möglich, beteiligen Sie sich an diesem Gespräch. Aber tun Sie dies nicht allein oder unkoordiniert! Suchen Sie für dieses Gespräch Unterstützung und bereiten Sie sich vor. Gehen Sie nicht mit der Erwartung in das Patientengespräch, dass der Patient Sie von Ihrer Verantwortung entbindet oder Ihnen «verzeiht». Dies kann geschehen und kann Sie auch emotional entlasten, aber Sie können es nicht zwingend erwarten. Trotzdem bieten solche Gespräche die Chance oder den Ausgangspunkt, um das Vertrauensverhältnis wieder herzustellen oder wenigstens wieder zu verbessern. Rechnen Sie aber mit starken emotionalen Reaktionen des Patienten.

5 Die Bedeutung medizinischer Fehler für das betroffene Fachpersonal – Ein systematischer Review¹

5.1 Hintergrund

Medizinische Fehler sind eine unausweichliche Realität in der gesundheitlichen Versorgung. Internationale Studien dokumentieren, dass die Inzidenz unerwünschter Ereignisse («adverse events») bei etwa 3–16% aller Hospitalisationen liegt (2;3). Für das kanadische Gesundheitssystem bedeutet dies, dass es bei etwa 185 000 Hospitalisationen jährlich zu unerwünschten Ereignissen kommen wird, von denen etwa 70 000 vermeidbar wären (4). In der Intensivmedizin geht man sogar davon aus, dass auf jede fünfte abgegebene Medikationsdosis ein Fehler kommt, der das Potential einer Schädigung hat und grundsätzlich vermeidbar wäre (5). Bei einem erheblichen Anteil von Patienten (ca. 25% aller entlassenen Patienten) treten zudem unerwünschte Wirkungen nach der Entlassung aus der stationären Versorgung auf (6). Für die niedergelassene Versorgung liegen weniger epidemiologische Daten vor, es wird aber davon ausgegangen, dass es auch hier häufig, oder sogar häufiger, zu Zwischenfällen kommt (7). In den letzten Jahren wurden zunehmend die gesundheitlichen und psychischen Konsequenzen für von Zwischenfällen betroffene Patienten untersucht. Ebenfalls sind inzwischen verlässliche internationale Daten über die Häufigkeit, die Ursachen, die ökonomischen und gesundheitlichen Folgen von medizinischen Fehlern verfügbar. Auch wird zunehmend die Effektivität von Massnahmen evaluiert, die die Wahrscheinlichkeit von Fehlern und unerwünschten Zwischenfällen reduzieren sollen, so zum Beispiel EDV-basierte Verordnungssysteme oder Risk Management (8–10).

Den Folgen von Fehlern für die betroffenen Mitarbeiter wurde bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Obwohl schon seit vielen Jahren anekdotische Berichte über die Auswirkung der Fehlerbeteiligung bei den betroffenen Fachpersonen vorliegen, so

treten Mitarbeiter im Gesundheitssystem in der wissenschaftlichen und auch gesundheitspolitischen Diskussion über die Patientensicherheit in der Vergangenheit vor allem in der Rolle der verantwortlichen Beteiligten, also der «Täter» auf. Ihre berufliche Belastungssituation, z.B. die Arbeitszeiten, werden als potentielle Ursachen für unerwünschte Zwischenfälle und Fehler diskutiert. Gerade in den letzten Jahren jedoch mehrt sich die Evidenz, dass die Beteiligung an einem Fehler ernsthafte Konsequenzen für die gesundheitliche, psychische und berufsbezogene Situation der betroffenen Mitarbeiter haben kann.

Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung bewegen sich dabei in einem – oft auch widersprüchlichen – Konglomerat aus individuellen Wertvorstellungen, berufsständischer Ethik und institutioneller Kultur und Rahmenbedingungen, welches Verunsicherung und Individualisierung fördert (11). Hinzu kommt, dass mit der Entwicklung des Bewusstseins für die Patientensicherheit auch neue, anspruchsvolle Anforderungen an das Personal gestellt werden, zum Beispiel die offene Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, «Systemdenken», organisationales Lernen und Kulturentwicklung. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, müssen an einem Fehler beteiligte Mitarbeiter jedoch in ihrem Umgang mit dem Vorfall durch die Institutionen und Betriebe unterstützt werden. Dabei stellt sich die Frage, welche strukturellen Rahmenbedingungen und konkreten Massnahmen Betriebe anbieten können um angemessen auf betriebsinterne Zwischenfälle zu reagieren, die betroffenen Mitarbeiter zu unterstützen und zu einem konstruktiven Umgang mit Fehlern zu befördern.

Ziel der vorliegenden Literaturstudie war, die international verfügbare Evidenz zur Belastung des Fachpersonals durch «medizinische Fehler» und zu effektiven Massnahmen, Strukturen und Prozessen des betriebsinternen Umganges mit Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen zu analysieren und zusammenzufassen. Dabei soll herausgearbeitet werden, welche Belastungen durch Zwischenfälle erwartet werden können, und welche betriebsinternen Reaktionen, Massnahmen und Strukturen besonders förderlich

¹ Auszüge dieser Arbeit wurden bereits publiziert (1): Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. Swiss Med Weekly 2008 Oct 24;139(10):9-15. (siehe Seite 34)

sind, um diese Belastungen zu reduzieren. Die Arbeit fokussiert dabei vorrangig auf den ärztlichen Berufsstand, da die meisten Ergebnisse für diese Gruppe vorliegen. Vermutlich sind die Erkenntnisse zumindest in Teilen aber auch auf andere Berufsgruppen, insbesondere die Pflegefachpersonen, übertragbar.

5.2 Methodik

Für die systematische Literaturanalyse wurden zunächst eine präzise Such-Methode und ein Abfrageprotokoll definiert. Die Suchstrategie bestand aus Freitext und *MeSH* Begriffen, die sich auf medizinische Fehler oder unerwünschte Zwischenfälle und die Auswirkungen auf das Personal bezogen. Da die Verwendung und Indexierung von Begriffen aus dem Themengebiet der Patientensicherheit bisher noch relativ unsystematisch, häufig inkonsistent oder fehlerhaft ist, beschlossen wir eine Suchstrategie zu definieren, die eine hohe Sensitivität jedoch niedrige Spezifität aufweist.

Die Datenbanken *Medline* und *CINAHL* wurden nach relevanten Artikeln durchsucht. Diese Suche wurde im Oktober 2007 durchgeführt. Neben der thematischen Eingrenzung wurden Studien in unsere Übersichtsarbeit eingeschlossen, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten:

- Empirische Arbeiten mit Primärdaten oder Reviews (keine Editorials, Abstracts, methodische Studien, etc.)
- Journal Artikel, also der Ausschluss von «grauer Literatur» und anderen Publikationsformaten
- Publikation in deutscher, französischer oder englischer Sprache
- Publikation im Zeitraum 1980–2007

Alle empfangenen Referenzen wurden in eine Datenbank importiert (Reference Manager V11) und in einem ersten Schritt anhand der biographischen Daten und Abstracts auf ihre grundsätzliche Eignung und Er-

füllung der Einschlusskriterien geprüft und entsprechend weiter selektioniert. Die verbleibenden Publikationen wurden im Volltext empfangen. Nach einer kritischen Begutachtung der inhaltlichen Angaben wurden die eingeschlossenen Studien einer intensiven Auswertung unterzogen. Dabei wurden die Studien auch in zwei Klassifikationssysteme, einem inhaltlichen und einem formalen, eingeordnet: Das *inhaltliche Klassifikationssystem* bezieht sich auf den Untersuchungsgegenstand der Studien und beinhaltet die Gruppen a) «emotionale Belastung der Betroffenen», b) «Umgang mit Zwischenfällen» und c) «Interventionen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen». Das *formale Klassifikationssystem* bezieht sich auf das Studiendesign und unterscheidet zwischen a) «Quantitativer Primärstudie», b) «Qualitativer Primärstudie», und c) «Review». Nach Analyse der Volltexte wurden die Referenzen der Arbeiten manuell ausgewertet, um weitere, bisher nicht erfasste Studien zu identifizieren.

5.3 Ergebnisse

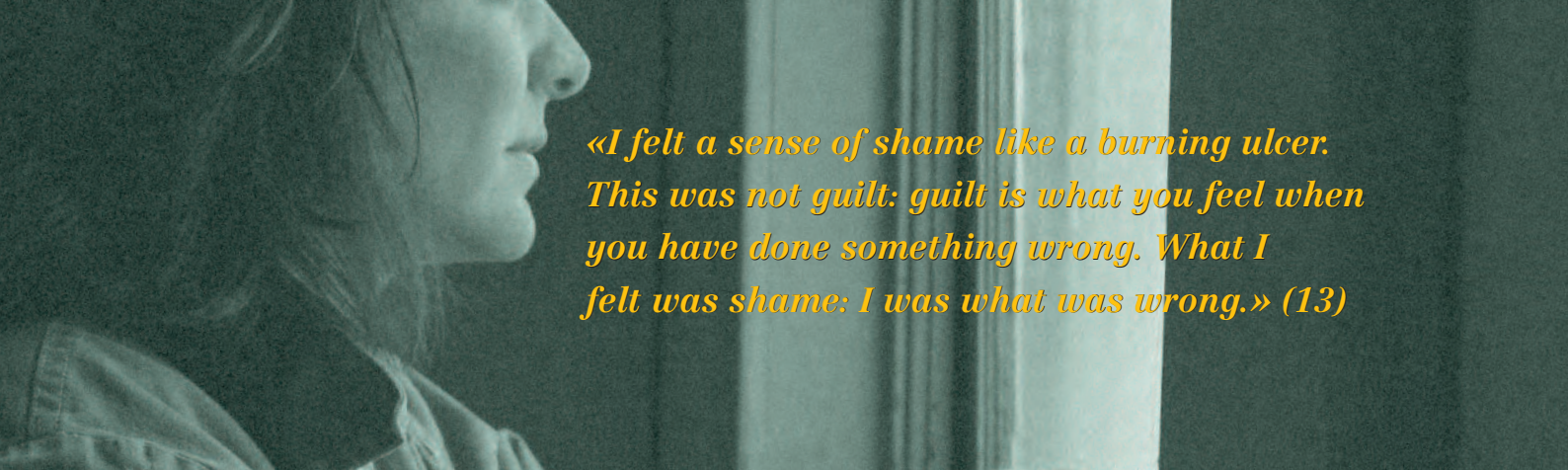
Die systematische Literaturrecherche ergab 3852 potentiell relevante Artikel, von denen die meisten aufgrund formaler Kriterien (Duplikate, Abstracts, Briefe, etc.) ausgeschlossen wurden. Nach einer weiteren kritischen inhaltlichen Begutachtung wurden schliesslich 48 Artikel für eine Volltext-Auswertung selektiert, von denen schliesslich 32 Publikationen alle Kriterien erfüllten und einbezogen wurden.

13 der Studien bezogen sich primär auf die Bewertung der emotionalen Belastung der Betroffenen durch medizinische Fehler, 12 beschäftigten sich in erster Linie mit Faktoren, die positiven oder negativen Einfluss auf die emotionale Situation des Betroffenen nach einem medizinischen Fehler haben und 6 Artikel berichteten vorwiegend über Massnahmen oder Programme, die einen positiven Einfluss auf den Umgang mit und die Verarbeitung von einem medizinischen Fehler durch die Betroffenen haben. 13 Artikel waren Primärstudien mit quantitativer Analysetechnik, und es gab 9 Primärstudien mit qualitativer Analysetechnik. Insgesamt 9 Reviews wurden in unsere Studie eingeschlossen, wobei es sich in der Mehrzahl nicht um systematische Reviews, sondern um literaturbasierte «opinion pieces» handelt. (siehe Tab. 1)

Mit wenigen Ausnahmen bezogen sich alle der ausgewerteten Studien ausschliesslich auf die Situation von Ärztinnen und Ärzten. Eigenständige Studien, die die

Tab.1: Verteilung der Studien nach thematischem Schwerpunkt und Studiendesign

	Review	Qualitative Studien	Quantitative Studien	
Emotionale Belastung	0	6	8	14
Umgang mit Zwischenfällen	8	2	2	12
Interventionen zur Verbesserung	1	1	4	6
	9	9	14	32



«I felt a sense of shame like a burning ulcer. This was not guilt: guilt is what you feel when you have done something wrong. What I felt was shame: I was what was wrong.» (13)

Einschlusskriterien erfüllten und sich anderen Berufsgruppen widmeten, konnten nicht identifiziert werden (zu den Limitationen siehe Schlussfolgerungen).

5.3.1 Die emotionale Belastung der betroffenen Ärzte

Die Mehrzahl der identifizierten Studien befasst sich mit der emotionalen Belastung von Ärzten durch die Beteiligung an medizinischen Fehlern. Verschiedene qualitative Studien zeigen deutlich, dass die **Beteiligung an einem Fehler oft tiefe emotionale Spuren hinterlässt, oft sogar emotionale, gesundheitliche und berufliche Krisen auslöst.**

Kennedy et al. (12) stellten in ihrer Untersuchung anhand von Fokusgruppen mit australischen Assistenz- und Oberärzten fest, dass der emotionale Einfluss eines medizinischen Fehlers auf den behandelnden Arzt der wichtigste Aspekt in den Diskussionen war, und dass insbesondere Assistenzärzte Angst vor der Reaktion der Kollegen hatten und die Notwendigkeit für Unterstützung stark formulierten. Christensen et al. (13) berichten aus Tiefeninterviews mit 11 behandelnden Ärzten an regionalen Krankenhäusern in den USA, dass emotionale Reaktionen wie Angst, Schuld, Wut, Scham und Erniedrigung nach einem medizinischen Fehler typisch sind und oft Tage bis Jahre andauern können.

Die beteiligten Ärzte waren dabei häufig der Überzeugung, dass aufkommende Gefühle zu unterdrücken sind und man sich nur selten nahe stehenden Personen offenbart. Dies wird auch durch die Studie von Engel et al. bestätigt, in der mit 26 randomisiert ausgesuchten Ärzten eines Lehrkrankenhauses in den USA ebenfalls Tiefeninterviews durchgeführt wurden (14). **Insbesondere ein schlechteres Behandlungsergebnis und eine höhere wahrgenommene persönliche Verantwortung korrelierten mit erhöhtem emotionalem Stress.** Das Spektrum der negativen, belastenden Emotionen reicht dabei von Schuld und Reue bis hin zu Isolation und Einsamkeit. Gerade Gefühle der Separation, Singularität der Verantwortung für einen Fehler

Tab. 2:
Spektrum emotionaler Reaktionen nach der Beteiligung an einem Fehler

Schuld – Reue	Persönliches Versagen; Bedauern über verpasste Möglichkeiten, die Versorgung zu verbessern.
Frustration – Wut	Gegenüber sich selbst, gegenüber Patienten, aber vorrangig gegenüber Kollegen.
Selbstzweifel – Unzulänglichkeit	Nagende Zweifel über Ausmass der Verantwortung; Zweifel an der beruflichen Eignung; Sich selbst vergeben können.
Isolation – Einsamkeit	Der erste zu sein, dem dieser Fehler unterläuft; Alleine sein mit der Verarbeitung.

und Einsamkeit sind dabei vermutlich ein typisches Merkmal für den ärztlichen Sektor. (siehe Tab. 2)

Gallagher et al. kamen in Fokusgruppen mit Ärzten und Patienten zu ähnlichen Ergebnissen (15). Dabei ist besonders bemerkenswert, dass **sowohl Patienten als auch Ärzte starke, und in der Regel unerfüllte emotionale Bedürfnisse nach dem Auftreten von medizinischen Fehlern berichteten.** Ärzte beschrieben sich als deprimiert und traurig, jedoch unwissend, wo sie Hilfe finden könnten.

Diese qualitativ gewonnenen Eindrücke werden unterstützt durch quantitative Untersuchungen. Wu et al. berichten aus den Rückmeldungen von 114 inter-nistisch tätigen Ärzten in den USA, die schon einmal einen medizinischen Fehler verursacht hatten. Von den Befragten fühlten 81% Mitleid, 79% Wut gegenüber sich selbst, 72% fühlten sich schuldig und 60% hatten auch hier das Gefühl von Unzulänglichkeit nach dem Fehler (16). Eine Befragung von 43 Teilnehmern eines amerikanischen Assistenzarzt Programms durch Hobgood et al. kam zu dem Ergebnis, dass 68% der Befragten Mitleid mit den Patienten nach einem verursachten medizinischen Fehler hatten. 53% fühlten sich selbst schuldig, 58% hatten gar das Gefühl von Unzulänglichkeit und 55% waren frustriert (17). Die starke emotionale Belastung lässt sich auch dadurch erklären, dass **die befragten Assistenzärzte die Ursache oder Kausalität für Fehler vorrangig in individuellen persönlichen Gründen suchen.**

Tab. 3:
Selbsteinschätzung der Gründe für Fehler (17)

Gründe für den Fehler	% Assistenten	IN-/EXtrinsisch
Ich hatte nicht genug Erfahrung.	55%	IN
Ich besass nicht genug Wissen.	51%	IN
Ich hatte viele andere Arbeiten zu erledigen.	43%	EX
Ich habe die Warnzeichen nicht beachtet.	40%	IN
Die Kommunikation war fehlerhaft.	38%	IN
Ich war erschöpft.	33%	IN
Ich habe nicht um Rat gefragt.	33%	IN
Es war ein sehr komplexer Sachverhalt.	25%	EX
Ich habe zu lange gezögert.	20%	IN
Es war ein atypischer Fall.	20%	EX
Die Supervision war nicht adäquat.	20%	EX
Es gab eine prozedurale Komplikation.	13%	EX
Es gab ein Systemproblem.	10%	EX

So wurden solche intrinsischen Gründe, insbesondere mangelnde Erfahrung und Wissen, mit grösster Häufigkeit als Gründe für Fehler angegeben. (siehe Tab. 3)

Die Studie von Aasland et al. zeigt, dass sich die Beteiligung an einem Fehler nicht nur in belastenden Emotionen äussert, sondern häufig auch manifeste Auswirkungen auf das private und berufliche Wohlbefinden hat. In der Befragung einer Stichprobe von 1318 norwegischen, registrierten Ärzten (also auch niedergelassenen Medizinerinnen) gaben 17% der Befragten an, dass ein Zwischenfall dieser Art sogar negative Auswirkungen auf ihr Privatleben habe und 11% empfanden es als schwierig, daraufhin weiterhin als Medizinerin tätig zu sein (18). 6% der befragten Ärzte gaben an, professionelle Unterstützung benötigt zu haben um die Erfahrung zu bewältigen. Aber

Tab. 4:
Selbstberichtete Fehler und Belastungsreaktionen (21)

Belastung	Instrument	Selbstberichteter «major error»		
		Nein	Ja	p
Lebensqualität	LASA (0-10, mean)	6.54	6.01	.03
Dimensionen des Burn-out				
Depersonalisierung	MBI-DP (0-30, mean)	6.62	9.85	<.001
Emot. Erschöpfung	MBI-EE (0-54, mean)	19.21	26.06	<.001
Leistungsfähigkeit	MBI-PA (0-48, mean)	39.26	36.27	.001
Depression	2-item Screener (%)	33.02	63.33	<.001

nicht nur die Selbsteinschätzung der Fehlerbeteiligung scheint solche Emotionen zu verursachen. So führten Cunningham et al. eine Befragung von 221 Ärzten in Neuseeland durch, mit dem Ziel, die kurzfristigen und langfristigen Folgen einer Patientenbeschwerde auf den Arzt zu untersuchen (19). Es zeigte sich, dass 33% der Ärzte nach einer Beschwerde kurzfristig dem Patienten weniger Vertrauen und geringere positive Einstellung entgegen brachten. 23% der befragten Ärzte dachten sogar kurzfristig darüber nach, ihre Profession nicht mehr weiter zu führen. Über einen längeren Zeitraum nahmen diese Gefühle ab, Angst, Misstrauen und verminderte Empathie gegenüber Patienten blieben jedoch oft auch über lange Zeiträume bestehen. Insgesamt empfand die grosse Mehrheit der Befragten eine Patientenbeschwerde als etwas deutlich Negatives.

In den letzten zwei Jahren wurden einige methodisch hochwertige quantitative Untersuchungen durchgeführt, die zeigen, dass durch die Involvierung in einen Fehler nicht nur kurzfristige, emotionale Reaktionen zu erwarten sind, sondern zumindest **bei einem erheblichen Teil der Betroffenen weit reichende Konsequenzen erwartet werden müssen**. Eine gross angelegte Studie von Waterman et al. unter 3171 Ärzten in den USA und Kanada untersuchte den Einfluss von medizinischen Fehlern auf fünf Lebens- und Arbeitsbereiche des beteiligten Arztes (20). Dabei zeigte sich, dass Ärzte, die in einen Fehler verwickelt waren, eine gestiegene Angst vor zukünftigen Fehlern (61%), reduziertes berufliches Selbstvertrauen (44%), Schlafschwierigkeiten (42%), verminderte Zufriedenheit mit der Arbeit (42%) und eine beschädigte Reputation (13%) berichteten. Die negativen Beeinträchtigungen durch die Beteiligung an einem Fehler waren signifikant häufiger (siehe Abb. 1,*), wenn es sich um einen ernstesten Fehler («serious error») handelte. Dennoch berichteten auch jeweils **mehr als ein Drittel der Ärzte, die in ein near-miss verwickelt waren, Schlafschwierigkeiten, reduzierte Arbeitszufriedenheit und berufliches Selbstvertrauen sowie eine gestiegene Angst vor zukünftigen Fehlern**.

Bei Ärzten aus der Inneren Medizin und der Chirurgie war die reduzierte Arbeitszufriedenheit deutlich häufiger als bei Pädiatern. Ebenso hatten weibliche Medizinerinnen und solche, die mehr als 75% ihrer Arbeitszeit in der klinischen Tätigkeit verbringen, ein deutlich höheres Risiko, eine der genannten Stressreaktionen zu zeigen.

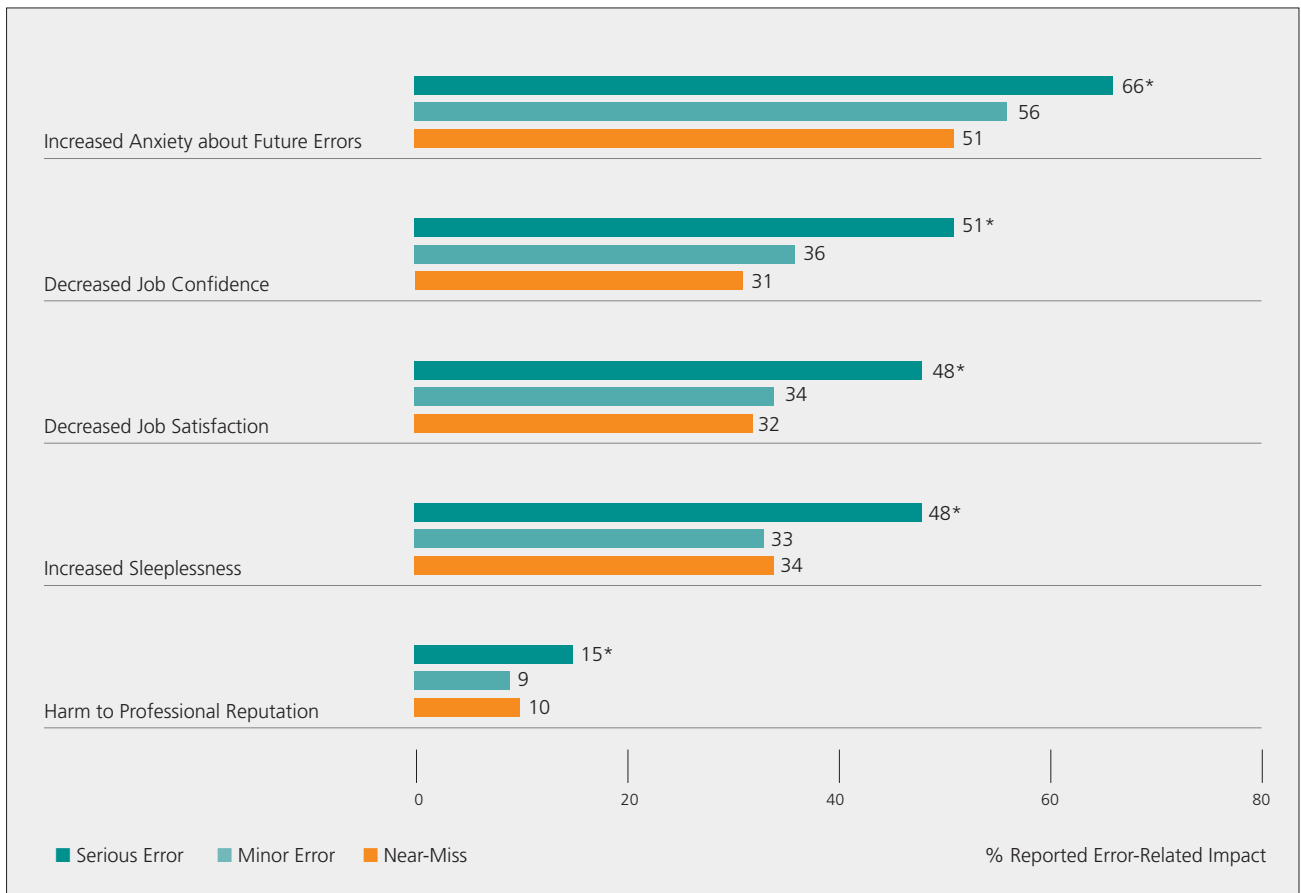


Abb. 1: Häufigkeiten selbstberichteter Beeinträchtigungen nach Fehler-Art (20)

Eine longitudinale Kohortenstudie an der Mayo-Klinik in Rochester untersucht die Zusammenhänge zwischen medizinischen Fehlern und den Auswirkungen auf Dimensionen der Lebensqualität und des «Burn-out» (21). West et al. zeigen, dass ein selbst wahrgenommener schwerer Fehler («major error») mit einer signifikanten Abnahme der Lebensqualität und verschlechterten Werten in allen Dimensionen des «Burn-out» einhergeht, insbesondere jedoch der «Depersonalisierung»² und der «emotionalen Erschöpfung»³. Das Gefühl, einen Fehler verursacht zu haben, war zudem mit einem mehr als dreifach so hohen Risiko verbunden, Screening-Fragen für eine Depression positiv zu beantworten (Odds ratio 3.3). (siehe Tab. 4)

Erstaunlicherweise zeigt sich in dieser Untersuchung auch, dass eine «Burn-out»-Symptomatik und eine verminderte Empathie gegenüber Patienten wiederum signifikant die Wahrscheinlichkeit erhöhen, in den folgenden drei Monaten einen Behandlungsfehler zu berichten. Diese Ergebnisse legen nahe, dass

zwischen individueller Belastungssymptomatik und Fehlern sowie suboptimaler Patientenversorgung ein reziproker Zyklus entstehen kann.

Dieser Zyklus scheint ausgelöst durch die Selbstwahrnehmung, an einem ernstem Fehler beteiligt gewesen zu sein und führt über die Reaktionen «Burn-out», reduzierte Lebensqualität und Empathiefähigkeit zu suboptimaler Patientenversorgung und erhöhtem Risiko, erneut an Fehlern beteiligt zu sein. (siehe Seite 22, Abb. 2)

² Bei der «Depersonalisierung» empfindet der Betroffene seine Gefühle und Erfahrungen als losgelöst, fern, nicht als seine eigenen. Es entsteht eine emotionale Taubheit in Bezug auf andere Menschen und die Arbeit. Depersonalisationserlebnisse können bei Burn-out und anderen Erkrankungen (z.B. Angsterkrankungen) vorkommen. Bei Menschen in sozialen und medizinischen Berufen zeigt sich dies durch negative und zynische Gefühle gegenüber dem Patienten, emotionale Verhärtung und Kränkbarkeit. Die Betroffenen schätzen ihre reale Umwelt jedoch richtig ein und haben Kontrolle über ihre Handlungen.

³ Unter «emotionaler Erschöpfung» versteht man eine chronische und emotionale Müdigkeit (schon morgens beim Gedanken an die Arbeit), ein hohes Frustrationsgefühl hinsichtlich der Arbeit, Schlaflosigkeit und oft diffuse körperliche Beschwerden.

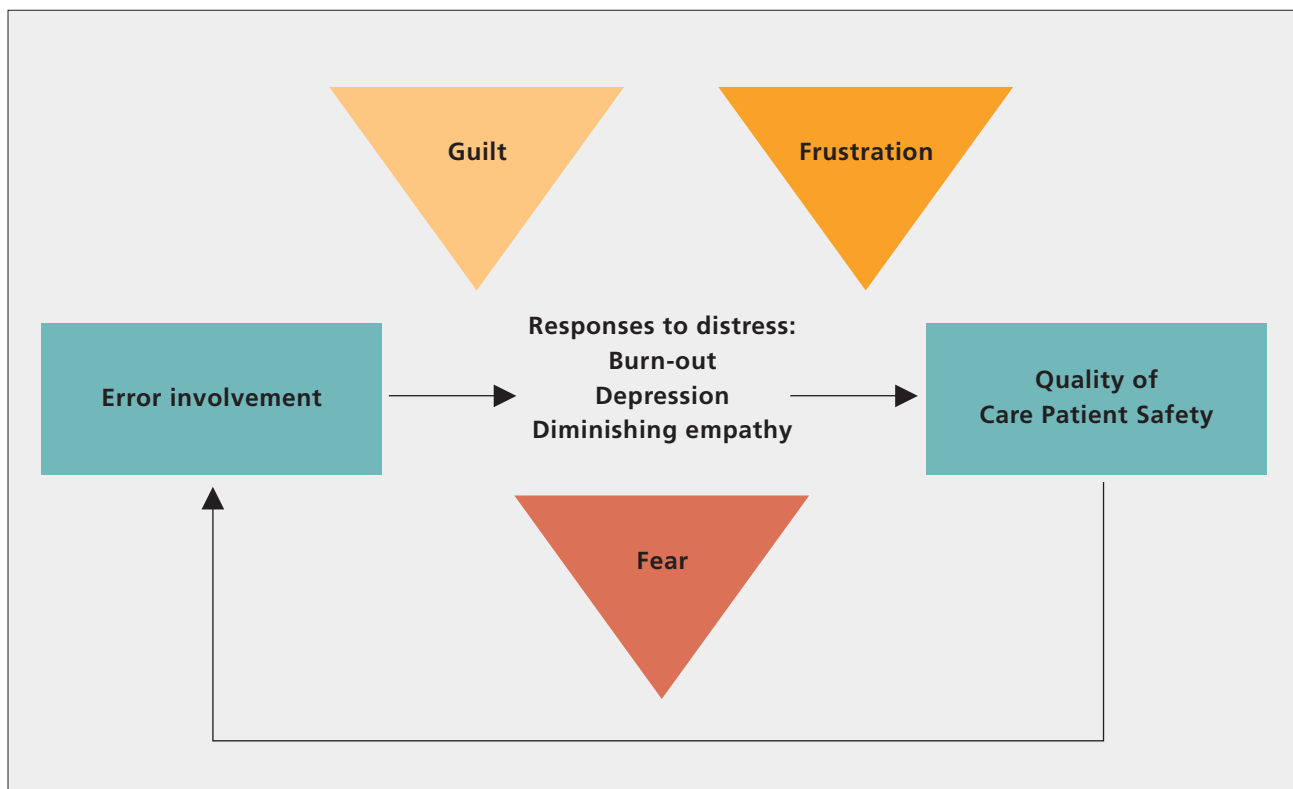


Abb. 2: Reziproker Zyklus aus Fehlerbeteiligung, Belastungsreaktion und Patientensicherheit (1)

Tab. 5: Beziehung zwischen «Burn-out» und suboptimaler Patientenversorgung, (22)

Selbstberichtete Patientenversorgung	% Zustimmung	
	Mit Burn-out	Ohne Burn-out
«I had little emotional reaction to the death of one of my patients.»	70%	19%
«I felt guilty about how I treated one of my patients from a humanitarian standpoint.»	48%	11%
«I made treatment or medication errors that were not due to a lack of knowledge or inexperience.»	50%	15%
«I found myself discharging patients to make the service «manageable» because the team was too busy.»	68%	37%

So belegen auch Shanafelt et al. (22) in einer Umfrage unter 115 Assistenzärzten der Inneren Medizin in einem universitätsbasierten Ausbildungsprogramm in Seattle, dass **die Versorgungsqualität unter Ärzten mit «Burn-out» Symptomatik deutlich sinkt**. So gaben 53% der Ärzte mit typischen «Burn-out»-Symptomen an, mindestens einen Aspekt suboptimaler Versorgung wenigstens monatlich zu praktizieren, im Vergleich zu 21% der Ärzte ohne «Burn-out». (siehe Tab. 5)

In multivariaten Analysen zeigte sich, dass «Burn-out»-Symptomatik, nicht aber Geschlecht, Depression oder Risikokonsum von Alkohol, stark mit einer oder mehreren, mindestens monatlich praktizierten Verhaltensweisen suboptimaler Patientenversorgung assoziiert waren (Odds ratio 8.3). Von den verschiedenen «Burn-out»-Dimensionen war vor allem die «Depersonalisierung» relevant für eine suboptimale Patientenversorgung, und zwar in einer Dosis-Wirkungsbeziehung. **Die vorliegende Evidenz zeigt also einen Zusammenhang zwischen Fehlerbeteiligung, «Burn-out» und der anschließenden Gefahr einer Abnahme der Versorgungsqualität.**

Dieser Zusammenhang ist vermutlich auf Mechanismen der Verarbeitung von medizinischen Fehlern bei den Beteiligten zurückzuführen. Mizrahi et al. (23) identifizieren in ihrer Studie unter jungen Assistenzärzten in den USA drei Formen von problematischen Verarbeitungsmechanismen:

- «Leugnung der Verantwortung» (Denial), was sich darin ausdrücken kann, den Fehler einfach nicht anzuerkennen, den Fehler zu einem Nicht-Fehler umzudeuten oder generell die Anwendung des Fehler-

...«I was frightened of what other people would think of me. I was afraid of what my peers would think. There are no secrets there. Everybody else knew what they were doing. If somebody died, it was obvious what had happened. It was extremely depressing. I had before developed the idea that I was a better than average physician, and suddenly, it was whether I was even an average physician. I wasn't feeling good. I didn't discuss my underlying feelings. I don't normally disclose my feelings to my colleagues. I felt like I was stripped. I needed to sit down on someone's lap and be held like a baby. I needed someone, a peer, to put their hand on my shoulder, to tell me that it wasn't my fault.» (24)

Begriffes auf die Medizin für nicht möglich zu halten, «da Medizin eine Kunst mit Graubereichen ist».

- «Herunterspielen der Bedeutung und der eigenen Verantwortung» (Discounting) beinhaltet, den Fehler zu verharmlosen und insbesondere seine eigene Verantwortung zu minimieren. Vorwiegend werden dann das «System», untergeordnete Teammitglieder oder sogar der Patient beschuldigt.
- «Emotionale Distanzierung» (Distancing), was bedeuten kann, das Ereignis zu verallgemeinern («Jeder macht mal einen Fehler») oder die Behandlung des betroffenen Patienten abzugeben.

Insbesondere die Ablehnung der Verantwortung für den Fehler führt laut Wu et al. zu negativen Verhaltensweisen, wie die Meidung ähnlicher Patienten in der Zukunft oder das Geheimhalten von zukünftigen Fehlern (16). In der Studie konnte auch beobachtet werden, dass **Ärzte, welche ihre Verantwortung an dem Fehler akzeptierten, zwar kurzfristig stärkerem Stress ausgesetzt waren, aber anschliessend häufiger konstruktive Verhaltensänderungen zeigten**. Auch Engel et al. berichten, dass unter bestimmten Bedingungen die starken emotionalen Konsequenzen im Zuge einer Beteiligung an einem Fehler zu einem positiven Prozess führen können, zum Beispiel der Bereitschaft aus einem Fehler zu lernen (14;16). Ob es zu einem solchen Prozess kommt, hängt entscheidend von der professionellen Umgebung der Betroffenen ab.

5.3.2 Der Umgang mit Fehlern: Bedürfnisse und Erfahrungen

Einige der ausgewerteten Studien beziehen sich auf den Umgang mit Fehlern und beschreiben einerseits die Bedürfnisse der Betroffenen und andererseits deren Erfahrungen im Umgang mit Fehlern im Kontext der Organisation, in der sie tätig waren.

Newman schildert in einer qualitativen Studie basierend auf 30 Tiefeninterviews mit Allgemeinmedizinerinnen sehr eindrücklich die Bedürfnisse der Befragten nach dem «schwersten Fehler, den sie bisher verursacht hatten» (24).

Mit Ausnahme einer Person äusserten alle befragten Ärzte das Bedürfnis nach Unterstützung. Ähnlich wie in der Studie von Engel et al. wurde dabei am häufigsten das Bedürfnis «mit jemandem über den Fehler sprechen» genannt (63%), gefolgt von «Bestätigung der professionellen Kompetenz» (59%), «Bestätigung des Entscheidungsprozesses» (48%) und «Bestätigung des persönlichen Selbstwertes» (30%, Mehrfachantworten möglich) (14;24). Von den Ärzten, die Unterstützung erhalten hatten, bewerteten 44% das **«Sprechen und Zuhören» als wichtigste emotionale Unterstützung**. Die Mehrzahl der Befragten berichtete allerdings, diese Unterstützung nicht durch Kollegen (33%) sondern durch die Partnerin/den Partner (55%) oder die Familie (4%) erhalten zu haben. Aufbauend auf einer hypothetischen Fallgeschichte eines schwerwiegenden medizinischen Fehlers wurde

dann untersucht, welche Bedürfnisse an emotionaler Unterstützung die befragten Ärzte bei dem geschilderten Kollegen erkennen oder vermuten, welche sie selber in der beschriebenen Situation vermutlich hätten, und welche sie bereit wären anzubieten. **Obwohl alle befragten Ärzte die Notwendigkeit einer Unterstützung erkannten, und in der beschriebenen Situation selber starke Bedürfnisse nach Unterstützung haben würden, würden nur 32% dem betroffenen Kollegen uneingeschränkte Unterstützung anbieten. Die Mehrheit aber würde den Kollegen nur unterstützen, wenn eine enge Freundschaft vorbestehen würde.**

Die Studie von Aasland et al. macht ebenfalls deutlich, dass die Thematisierung von suboptimaler Patientenversorgung und Fehlern innerhalb der Ärzteschaft bisher unüblich und wenig akzeptiert ist (18). 50% der befragten norwegischen Ärzte gaben an, Probleme damit zu haben, ihre Kollegen für unethisches Verhalten zu kritisieren und 54% stimmten mit der Aussage überein, dass es schwierig sei, Kollegen auf ein unakzeptables professionelles Verhalten anzusprechen. Im Gegensatz dazu beschrieben die Ärzte, in deren Umfeld ein solch offener Umgang möglich war, dass sie auch mehr Unterstützung von Kollegen erfuhren, nachdem sie an einem Fehler beteiligt waren.

Die vorliegenden Studien zeigen klar, dass sich **betroffene Ärzte in der Regel nicht ausreichend von ihren Organisationen im Umgang mit einem Fehler unterstützt fühlen**. So berichten Wu et al. (16), dass 27% der Ärzte das Gefühl hatten, dass die Krankenhausatmosphäre sie davon abhielte, ihre Fehler anderen mitzuteilen. Weitere 20% hatten das Gefühl, dass das Krankenhaus verurteilend auf Fehler rea-

giere. Sexton et al. schildern in einer internationalen vergleichenden Befragungsstudie unter Ärzten, Pflegefachpersonen und Piloten verschiedener Länder, dass nur ein Drittel der befragten Mediziner angaben, dass in ihren Spitälern mit Fehlern angemessen umgegangen wird (25). Die Mehrzahl der befragten Ärzte berichtete, dass viele Fehler nicht als solche angesprochen oder diskutiert werden, entweder aus Gründen der persönlichen Reputation (76%), aus Angst vor juristischen Auseinandersetzungen (71%), hohen Erwartungen von Patienten und der Gesellschaft (68%), oder aus Angst vor Disziplinarverfahren (64%).

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) (20). Jene Ärzte, die keine Unterstützung empfanden, wiesen häufiger Stress-Symptome auf. 82% der befragten Ärzte äusserten Interesse an der Möglichkeit eines professionellen Beratungsangebotes («counseling») nach einem schweren Fehler und 86% äusserten Interesse an einer Ausbildung in der Offenlegung gegenüber Patienten. Pädiater berichteten häufiger ein sehr starkes Interesse an professionellen Beratungsangeboten (36%) als Ärzte der Inneren Medizin (30%) oder der Chirurgie (25%). Trotz dieses Interesses zeigte sich allerdings auch **eine gewisse Ambivalenz der Ärzte selber gegenüber Unterstützungsangeboten**, die sich in der Nennung typischer Barrieren für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten ausdrückt. (siehe Tab. 6)

Diese Barrieren scheinen zum Teil den tatsächlichen institutionellen Umgang mit Fehlern zu reflektieren, die derzeit noch wenig unterstützend gestaltet sind. So kamen auch Hobgood et al. bei einer Analyse von Assistenzarzt-Programmen in der Notfallmedizin zu der Erkenntnis, dass «Mortalitäts-Konferenzen» in den meisten Fällen der einzige Ort sind, an dem Fehler diskutiert werden können und **Spitäler nach einem Fehler häufig mit zusätzlichen Aufgaben und repressiven Forderungen gegenüber dem beteiligten Arzt reagieren** (26). Hierzu gehörten zusätzlicher Unterricht (25%), schriftliche Berichte (17%) oder zusätzliche klinische Aufgaben (9%). In 40% der Programme muss der betroffene Arzt selbst seinen Fehler in der «Morbidity and Mortality Conference» vorstellen, was häufig als erniedrigende Situation empfunden wird (siehe auch Kapitel 5.3.3. «Interventionen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen»).

Tab. 6:
Barrieren für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten nach einem Fehler (20)

Barrieren für die Inanspruchnahme von Beratung	% Zustimmung
«Taking time away from work for counseling would be difficult.»	43%
«Do not believe that counseling would be helpful.»	35%
«Being concerned that what was said in a counseling session would not be kept confidential if being sued.»	35%
«Being concerned that the counseling history would be placed in the permanent record.»	34%
«Being concerned that receiving counseling could affect malpractice insurance costs.»	23%
«Being concerned to be judged negatively by colleagues.»	18%

«... I was blessed with an attending who was diligent enough, who forced me to talk about it. Otherwise I would not have.» (14)

Neben der akuten Reaktion kann die Beteiligung an Fehlern auch zu – positiven oder negativen – Veränderungen in der ärztlichen Tätigkeit führen (13). Wu et al. untersuchten in ihrer Studie auch, welche Faktoren positive Verhaltensänderungen wie «vermehrte Informationssuche» (z.B. Kollegen und Vorgesetzte fragen) und «gestiegene Wachsamkeit» (z.B. verstärkt auf Details achten, persönliche Bestätigung von Daten) begünstigen (16). (siehe Tab. 7)

Neben dem Effekt des Geschlechts des Arztes, dem Ergebnis des Fehlers und der Ursache des Fehlers haben also auch die Anerkennung der eigenen Verantwortung und die Kommunikation über den Fehler einen signifikanten Einfluss auf positive Verhaltensänderungen.

Die dargestellten Studien zeigen, dass insbesondere die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten also eine herausragende Bedeutung für einen konstruktiven und protektiven Umgang mit Fehlern hat. Gleichzeitig findet dieser Austausch in der Realität nur sehr begrenzt statt. Vielmehr **scheint es häufig eher «Zufall» zu sein, ob betroffene Mitarbeiter auf einen Vorgesetzten oder Kollegen treffen, der im Falle eines Fehlers das Gespräch und eine Auseinandersetzung proaktiv anbietet.**

5.3.3 Interventionen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen

Bislang liegen nur sehr wenige Studien vor, die tatsächlich Interventionen evaluieren, die Reaktionen auf Zwischenfälle oder den Umgang mit Fehlern beeinflussen sollen. In vielen Arbeiten werden konzeptionelle Vorschläge gemacht, die sich oft vorrangig auf eine «Kulturveränderung» des Umfeldes, z.B. des Spitals, beziehen. So werden von vielen Autoren umfangreiche Massnahmenkataloge aufgeführt, die häufig folgende Aspekte beinhalten (27-30):

- Trainingsprogramme und universitäre Curricula sollten für das Thema «Fehler» sensibilisieren, um schon in der Sozialisation einen kulturellen Wechsel zu fördern.

Tab. 7:
Prädiktoren für konstruktive Verhaltensänderungen nach einem Fehler, basierend auf Selbstangaben (16)

Prädiktor		p
Weiblicher Arzt	7.43	<0.05
Schwerwiegendes outcome beim Patienten	3.46	- -
Fehler verursacht durch mangelnde Erfahrung	0.23	<0.001
Fehler verursacht durch Überarbeitung	-0.15	<0.01
Fehler verursacht durch Komplexität des Falls	0.20	<0.001
Anerkennung der eigenen Verantwortung	0.23	<0.01
Umfangreichere Kommunikation über den Fehler	0.25	<0.01
Organisation verhält sich verurteilend	0.01	- -

- Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zu medizinischen Fehlern während Weiterbildungsprogrammen sollten sich insofern verändern, dass eine unterstützende Konversation stattfinden kann und Erniedrigung, Anschuldigungen und Strafe ausgeschlossen werden. Respektierte Oberärzte sollten hier «mit gutem Beispiel voran gehen» und den Assistenzärzten eigene Fehler, und auch die individuellen Konsequenzen und Belastungen, präsentieren, um Akzeptanz zu vermitteln.
- Neben formalen Angeboten, in denen über Fehler und Zwischenfälle kommuniziert werden kann (zum Beispiel Fallbesprechungen), sollten informelle, persönliche und anonyme Möglichkeiten eingerichtet und gefördert werden, die den Austausch innerhalb der Mitarbeiter unterstützen.
- Es sollten schriftliche Vereinbarungen über den Umgang mit Fehlern getroffen werden. Diese sollten ein Rahmenkonzept beinhalten, sowie praktische Leitlinien und institutionalisierte Unterstützung.
- Der Prozess des «informierten Einverständnisses» sollte auch beinhalten, den Patienten über mögliche Fehler zu unterrichten, die bei Diagnoseverfahren oder Behandlungen eintreten können. Gleichzeitig sollte der Patient über Massnahmen informiert werden, die vorgesehen sind, um das Eintreten eines solchen Ereignisses zu verhindern.

Diese Veränderung könnte ein Schritt sein, um die Mystifizierung und falschen Erwartungen an die Unfehlbarkeit der Medizin in der Öffentlichkeit der Realität anzunähern.

- Patientensicherheit muss als originäre Führungsaufgabe verstanden werden, in der die Unterstützung der beteiligten Mitarbeiter einen zentralen Stellenwert einnimmt.
- Die Akzeptanz unter den medizinischen Mitarbeitern, dass Fehler passieren, relativiert auch den Anspruch an die Leistung und den Standard. Wenn das Verständnis für marginal auftretende Fehler existiert und gleichzeitig ein System besteht, das kontinuierlich versucht, diese Fehler zu minimieren, kann ein realistisches und angemessenes Bild von der Gesundheitsversorgung entstehen.

Die meisten der genannten Vorschläge beziehen sich auf einen grundsätzlichen Kulturwandel und Veränderungen können vermutlich erst über einen langen Zeitraum hinweg erzielt werden. Tatsächlich liegen kaum Studien vor, die die Effektivität der genannten Massnahmen untersuchen.

Der traditionelle, institutionelle Raum, in dem Komplikationen, Zwischenfälle und Fehler typischerweise diskutiert werden, oder werden könnten, sind die «Morbidity and Mortality Conferences» (MMC). Der Vorteil dieser Massnahme ist, dass **sie wohl-etabliert und integriert im klinischen Alltag ist, grundsätzlich hierarchieübergreifend sein kann, und durch die Verknüpfung mit nicht-fehlerbezogenen medizinischen Themen theoretisch die «natürliche Verankerung» von Fehlern in der klinischen Tätigkeit symbolisieren kann**. In der Praxis werden die «MMC's» gerade von Assistenzärzten jedoch mit grosser Ambivalenz beurteilt: Wu et al. berichten, dass 48% der befragten Ärzte das Gefühl haben, dass in diesen Konferenzen «die wirklich schwierigen Themen nicht behandelt werden» (16). Die Hauptkritik Goldbergs richtet sich darauf, dass MMC's häufig als Institution erlebt werden, in der Fehler-Beteiligte blossgestellt («ge-toasted») und vor der versammelten Kollegenschaft «unterrichtet» werden (31). Die **Betroffenen kommen dabei nur selten zu Wort, um ihre Sichtweise einzubringen, und die emotionalen Bedürfnisse der Beteiligten werden in der Regel ignoriert, da sie auf einer technisch-systemischen Ebene verharren**. Die qualitative Studie von Engel zeigt allerdings auch, dass Assistenzärzte MMC's oft auch als wertvolle Möglichkeit schätzen, über Zwi-

schenfälle und Fehler zu kommunizieren (14). Deutlich wird aus den Interviews, **dass formale Angebote wie MMC's ein «Türöffner» für weiterführende, informelle Gespräche sein können**. So können Assistenzärzte in MMC's beispielsweise beobachten, wie sich Kollegen und Vorgesetzte im Hinblick auf Fehler und gegenüber den Verantwortlichen verhalten, um deren Position kennen zu lernen und zu eruieren, wem sie sich bei Bedarf anvertrauen würden.

Analysen der Praxis von MMC's lassen jedoch bezweifeln, ob das Potential, welches sie zweifelsohne als Katalysator für den Umgang mit Fehlern haben, tatsächlich effektiv genutzt wird: Pierluissi et al. werteten 332 MMC's aus vier grossen Krankenhäusern der USA aus, davon 100 in der inneren Medizin und 232 in der Chirurgie (32). In den MMC's der inneren Medizin beinhalteten nur 37% der präsentierten Fälle unerwünschte Ereignisse (AE), davon 19% in Kombination mit einem Fehler, in den chirurgischen MMC's waren es 72% der präsentierten Fälle, in denen es zu einem unerwünschten Ereignis kam. 42% aller Fälle waren mit einem Fehler assoziiert. Die Unterschiede zwischen den Fächern sind signifikant. (siehe Abb. 3)

Deutlich wird aus dieser Analyse der in MMC's präsentierten Fälle auch, dass selbst wenn es zu einem Fehler kam, dieser häufig nicht als solcher benannt wird. In der Inneren Medizin wurden nur 48% der Fehler als «Fehler» bezeichnet, davon 19% explizit und 29% implizit. In den chirurgischen MMC's wurden 32% der Fehler explizit, und 45% implizit als Fehler bezeichnet. In den anderen Fällen wurden Fehler als «Unstimmigkeit zwischen Ärzten» oder als «nichtspezifische Probleme» bezeichnet, oder überhaupt nicht angesprochen (24% innere Medizin, 6% Chirurgie). Diese Daten zeigen, **dass das Potential der MMC's zur Etablierung eines Umganges mit Fehlern bisher – zumindest in den USA – sowohl quantitativ als auch qualitativ viel zu wenig genutzt wird**.

Coyle et al. evaluierten die Einführung einer Schulung in Patientensicherheit bei 30 Assistenzärzten in Weiterbildung zu Familienärzten in Texas (33). Diese Schulung bestand aus einer Einführungslektion sowie monatlichen Fallbesprechungen, in denen reale Fälle von Fehlern vorgestellt und diskutiert wurden. Der Effekt des Programms in Bezug auf Verhalten und Einstellungen gegenüber der Meldung von medizinischen Ereignissen und Fehlern wurde vor und 6 Monate nach der Implementierung durch Befragung der Teilnehmer evalu-

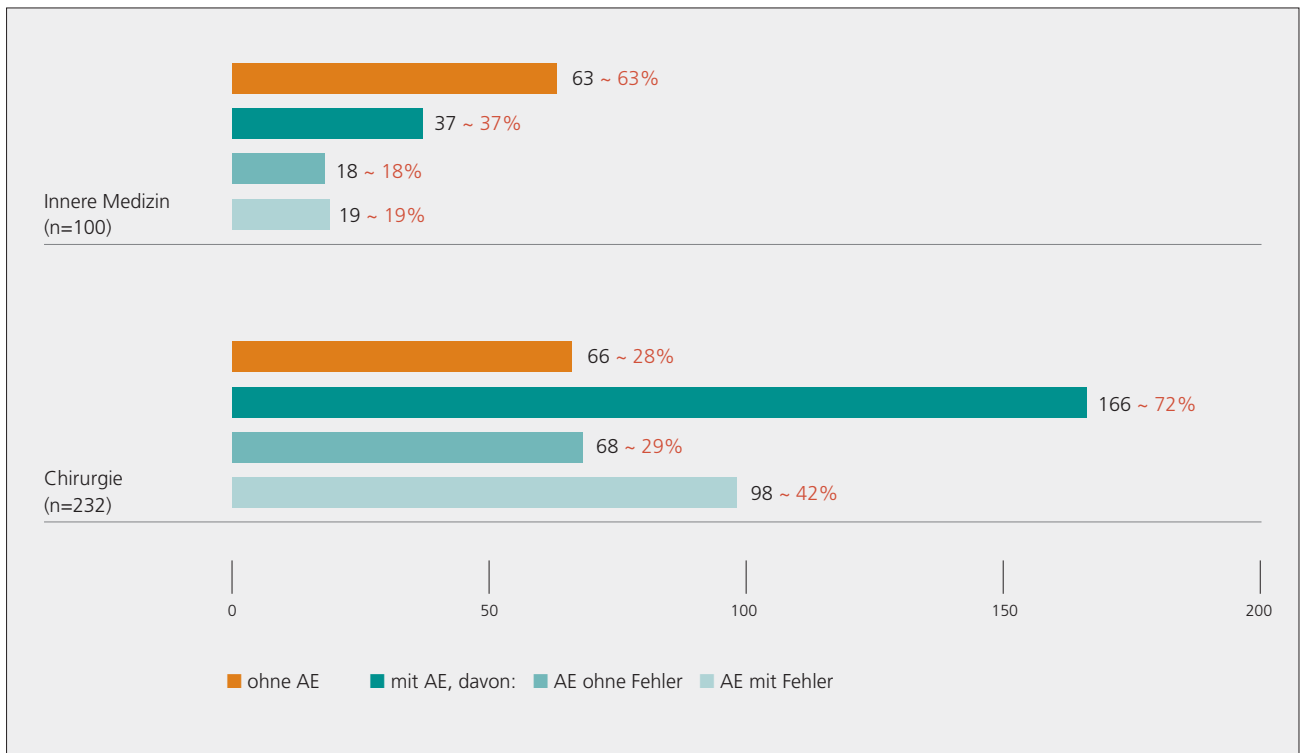


Abb. 3: Präsentation von unerwünschten Ereignissen (AE) und Fehlern in MMC's nach Fach, (32)

iert. Die Einstellung gegenüber der Meldung von Fehlern war zu Beginn des Programms nicht positiv ausgeprägt und hatte sich nach den 6 Monaten durchschnittlich auch nicht verändert (Median der Veränderung=0). Die Hauptbarrieren für die Meldung von Fehlern waren Zeitmangel (59%), Angst um die Reputation und Karriere (32%) und zusätzliche Papierarbeit (27%). Hieran wird deutlich, dass eine Einstellungs- und Verhaltensänderung und die dafür notwendige offene Atmosphäre nicht kurzfristig durch die Einführung einer Weiterbildungsveranstaltung erzielt werden kann, sondern dass dies ein Prozess ist, der die gesamte Kultur im Krankenhaus betreffen muss.

Es wurden zwei Studien identifiziert, die solche Ansätze evaluiert haben. Wilf-Milron et al. evaluieren in ihrer Studie an einem Krankenhaus in Tel-Aviv die Adaption von Konzepten aus der Luftfahrt (34). Sie begleiteten ein Risiko-Management Programm 5 Jahre lang seit seiner Einführung. Dieses Programm bestand aus den folgenden drei Leitmotiven:

- Fehler passieren und basieren meistens auf falschen Systemen und nicht aufgrund von Nachlässigkeit;
- Prävention von Fehlern ist ein fortlaufender Prozess, der auf offener und vollständiger Dokumentation von Fehlern basiert; und

- Schwere Fehler sind nur die Spitze eines Eisbergs von Prozessen, die auf Möglichkeiten des organisationalen Lernens hinweisen.

Es wurde angestrebt, eine offene und «Fehler-akzeptierende» Kultur auf allen Hierarchieebenen zu schaffen («Caring for the care-giver»). Neben einem interdisziplinären Team und Schulungen wurde eine Hotline eingerichtet, an die sich die Ärzte wenden konnten um Fehler zu melden. Im Rahmen dieser Hotline wurde sofortige emotionale Unterstützung sowie fachlich-medizinische Beratung angeboten. Innerhalb des Beobachtungszeitraums stieg die Anzahl der berichteten Fälle von anfangs fast Null pro Monat auf über 50 pro Monat, von denen 55% in Echtzeit (innerhalb von 3 Monaten nach dem Ereignis) dokumentiert wurden. Bemerkenswerterweise stieg die Anzahl der Ereignisse, die direkt vom beteiligten Arzt gemeldet wurden, von 17% im Jahre 1997 auf 40% im Jahre 2001. Über die Effektivität der emotionalen Unterstützung liegen leider keine Daten vor, so dass dieser Aspekt nicht beurteilt werden kann. Es kann aber vermutet werden, dass die erhöhte Meldefrequenz der beteiligten Ärzte zum Teil ein Ergebnis des Angebotes der emotionalen Unterstützung ist. In diesem Sinne können durch **die direkte Koppelung von**

<p>I Executive Leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executive rounds • Executive participation on safety teams • Executives emphasize patient safety at all hospital meetings • Safety is monthly agenda item at board and medical executive committee meetings <p>II Structural Change</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medication safety team • Patient safety council • Safety manager (environmental) • Patient advocate • Patient safety specialist • Safety briefings on nursing units • Modification of written human resources policies <p>III Event reporting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymous reporting • Simplified check box reporting forms • Safety hotline • Common database for safety and risk management 	<p>IV Event Investigation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Root cause analysis • Performance improvement teams • Small tests of change • Event prioritization and risk assessment <p>V Prevention of Error</p> <ul style="list-style-type: none"> • Failure modes and effects analyses • Response to newsletters from Institute for Safe Medication Practices • Response to Joint Commission Sentinel Events Alerts • Monitor literature for best practices <p>VI Feedback and Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebration of reporting • Electronic newsletter describing changes made in response to reported errors • Employee brochure on patient safety and culture change • Patient safety awards program for safety ideas • Patient safety grants program to fund safety initiatives • Mind Your MedsSM community education program • Community education program on quality and safety
---	--

Abb. 4: Komponenten des Patientensicherheitsprogramms der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (35)

Fehlermeldung und individueller Beratung Synergien entstehen, so dass das Unterstützungsangebot ein Anreiz für die Meldung sein kann, und vice versa.

Cohen et al. evaluierten die Einführung des «Patient Safety Program» am Baptist Medical Center in Missouri (35). Da es sich wohl um das derzeit am umfangreichsten dokumentierte Programm handelt, soll es in entsprechender Ausführlichkeit dargestellt werden. Ausgangslage für die Aktivitäten waren Erkenntnisse aus Fokusgruppen mit Mitarbeitern, die dokumentierten, dass die Mitarbeitenden die Wahrnehmung äusseren, in einer bestrafenden Atmosphäre zu arbeiten. Die Hypothese war, dass Massnahmen zur Entwicklung zu einer «gerechten und fairen Kultur» zu einer erhöhten Meldefrequenz führen würden, die wiederum die Identifikation und Verbesserung suboptimaler Prozesse erlauben würde. Es wurde ein umfassendes Patientensicherheitssystem mit den in Abb. 4 aufgeführten Komponenten eingeführt. Als besonders kritische Erfolgsfaktoren nennen Cohen et al. vor allem die Bestätigung des Commitments der Führung durch Taten und nicht nur verbal,

sowie die Ernennung von «safety champions» innerhalb der Ärzteschaft und des «Front»-Personals. Die kulturellen Veränderungen wurden nicht nur innerhalb der Institution, sondern auch nach ausserhalb, insbesondere gegenüber den Patienten kommuniziert. Beispielsweise wurde eine Broschüre («Mind your Meds») abgegeben, in der Medikationen dokumentiert und verfolgt werden können. Zu den Hauptmassnahmen, die etabliert wurden, gehörte vor allem ein Meldesystem, in welches auf verschiedenen umfangreichen Wegen Eingaben gemacht werden konnten, unter anderem durch eine 24-Stunden Telefon-Hotline, auf der anonym Fehler gemeldet werden konnten.

Alle Berichte über medizinische Fehler wurden kontinuierlich dokumentiert und ausgewertet. Die Evaluation bezog sich auf einen Zeitraum von 3 Jahren (1999–2001). Im Verlauf der Projekteinführung und -umsetzung wurden die Mitarbeiter regelmässig befragt. Zudem wurde das Fehlerberichtssystem für die drei Projektphasen «Baseline», «Transition» und «Postintervention» ausgewertet. (siehe Tab. 8)



Diese Ergebnisse zeigen, dass im Beobachtungszeitraum einerseits die Anrufe bei der Hotline und die gemeldeten Zwischenfälle deutlich zunahmten, andererseits das Vertrauen der Mitarbeiter in das Berichtssystem signifikant stieg – gemessen an der Zahl der nicht-anonymen Anrufe, der Anzahl der Meldungen durch Beteiligte und den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung. Während die Auswirkungen auf die emotionale Belastung der Beteiligten nach einem Ereignis, auf die Entwicklung einer «Burn-out»-Symptomatik und ein offenes Verhalten innerhalb der Mitarbeiterschaft gegenüber an Fehlern beteiligten Kollegen nicht untersucht wurde, so kann doch davon ausgegangen werden, dass ein gestiegenes Vertrauen in die Organisation die genannten Aspekte positiv beeinflusst.

Kritisch anzumerken ist, dass trotz der umfangreichen Massnahmen nur ein relativ geringer, wenn auch sig-

nifikanter, Effekt in den kulturelevanten Fragen der Mitarbeiterbefragung erzielt werden konnte.

Eine andere Dimension der speziellen direkten Unterstützung sind Massnahmen, die sich auf die individuelle, emotionale Ebene beziehen. So beschreiben Eubank et al. in ihrer qualitativen Studie die Ergebnisse einer psychodynamischen Unterstützungs- und Supervisionsgruppe für 10 Ärzte in den USA, die sie 5 Jahre lang begleitet haben (36). Die Gruppenarbeit bezog sich nicht ausschliesslich auf Erfahrungen im Bereich der Patientensicherheit, sondern widmete sich grundsätzlich der Stressverarbeitung und der Prävention von Desillusionierung (z.B. Angst vor Schadenersatzklagen). **Sie kamen zu der Erkenntnis, dass das Thematisieren von Emotionen den Ärzten half, sich persönlich zu entwickeln und sie vor Desillusionierung und Dysfunktion im Alltag zu schützen.** Typische Bewertungen der Teilnehmer machen

Tab. 8:
Ergebnisse der Implementierung eines Patientensicherheitssystems (35)

Outcome	Phase			p
	Baseline	Transition	Postintervention	
Mitarbeiterbefragung* (Mean ± SD)				
This hospital has appropriate measures in place to protect patients' safety.		4.65 ± 1.09	4.99 ± 0.95	<0.001
This hospital provides an environment where staff can report medical errors and concerns without fear of negative consequences.		4.68 ± 1.10	4.93 ± 1.03	<0.001
Auswertung Fehlerberichtssystem				
Anzahl Anrufe Hotline/ 1000 Patiententage [Median(Interquartilrange)]	2.83 (1.86-4.28)	10.84 (8.56-11.92)	22.79 (19.51-26.27)	<0.001
Anteil Anrufer, die Namen hinterliessen		30%	61%	<0.001
Anteil Anrufer, die Fehler mit eigener Beteiligung berichteten		7%	14%	<0.001
Medizinische Zwischenfälle/ 1000 Patiententage [Median(Interquartilrange)]	34.74 (33.72-36.16)	47.49 (41.30-52.04)	125.22 (107.70-158.99)	<0.001
Medikationszwischenfälle/ 1000 Medikationen [Median(Interquartilrange)]	4.16 (2.53-5.36)	5.60 (4.74-7.74)	30.16 (24.65-48.41)	<0.001
Medikationszwischenfälle mit mind. temporärer Schädigung/ 1000 Medikationen [Median(Interquartilrange)]	0.06 (0-0.13)	0.18 (0.12-0.23)	0.19 (0.09-0.42)	=0.001

* Gemessen auf einer 6-stufigen Likert-Skala mit 1=keine Zustimmung bis 6=volle Zustimmung

Organizational Approaches to Supporting Staff After Medical Errors

BJC HealthCare's Support our Staff (SOS) program, administered through the Employee Assistance program (EAP), supports health professionals involved in medical errors in several ways:

Group Staff Debriefing After a Medical Error

- The department head contacts EAP to seek support for all staff involved with a medical error, including physicians.
- Counselors lead a group debriefing to normalize staff's reactions to the error, share feelings, and assess the error's impact on staff (whether staff are having nightmares, losing their appetites, using alcohol, or are depressed or anxious).
- Those needing additional support schedule no-cost telephone or in-person counseling sessions with the therapist involved in the debriefing.

Health Professional Personally Seeks EAP Assistance

- After being involved in an error, a health professional calls EAP directly. Although information revealed in therapy is protected, the counselor lets the health professional choose what to reveal about the cause of the error and who was to blame.

- EAP counselors assess the error's impact on the health professional. Telephone or in-person counseling sessions are established as needed.
- The counselor recommends that the health professional return after the root cause analysis to process what happened.

Root Cause Analysis (RCA) Preparation and Debriefing

- Health professionals involved in RCA can feel blamed for the error. Discussion with a counselor beforehand about what will happen during a root cause analysis, the purpose for the probing questions, and how not to take it personally can help staff cope and communicate more clearly during the process.
- After the RCA, counselors are available to help professionals process what happened.

Professionals using these services have reported that they felt less alone after an error and more prepared for the root cause analysis.

Abb. 5: Aspekte und Massnahmen des «Support our Staff» Programms (SOS) (20)

deutlich, dass ein entsprechender Raum des offenen Ausdrucks von Emotionen wichtig ist, im beruflichen Alltag aber in der Regel nicht vorhanden ist.

Einschränkend soll aber darauf hingewiesen werden, dass solche Formen von Unterstützungsgruppen zum einen nicht wirklich im Hinblick auf ihre Effektivität in der Milderung der Konsequenzen einer Fehlerbeteiligung evaluiert wurden und zum anderen für die Mehrzahl der Betroffenen in grösserem Umfang wahrscheinlich auch nicht angemessen ist. Dennoch müssen auch emotionale Aspekte je nach Notwendigkeit und Bedarf bei der Aufarbeitung berücksichtigt werden. Waterman et al. berichten über ein konkretes Massnahmenpaket zur Unterstützung der Mitarbeiter im Umgang mit Fehlern («Support our Staff» – SOS) (20). Dieses Angebot besteht aus den drei Komponenten: Team-Debriefing, Beratung auf individueller Ebene und Root Cause Analysis. (siehe Abb. 5)

Im Rahmen eines strukturierten, direkten und standardmässigen «debriefings» des Teams nach einem

Fehler wird eruiert, ob und welche Personen zusätzlich individuelle, psychologische Unterstützung benötigen. Diese Beratung und Betreuung kann auch von der betroffenen Person selber angefordert werden. Die Notwendigkeit der weiteren Unterstützung wird nach der Root Cause Analysis erneut geprüft. In diesem Sinne verfügt **das Programm über einen abgestuften Mechanismus, der sowohl freiwillige als auch verpflichtende Elemente enthält, und in dem an verschiedenen Stellen geprüft wird, ob und welche weiteren Hilfen sinnvoll sein können.** Leider wurden bisher weder die Inanspruchnahme noch der Effekt der Interventionen evaluiert.

Von verschiedenen Autoren wird immer wieder – meist in anekdotischer Form – darauf hingewiesen, dass auch die Offenlegung und das Gespräch mit von Fehlern betroffenen Patienten oder ihren Angehörigen einen «heilsamen» Effekt für die beteiligte Fachperson haben kann (37;38). Daraus könnte man schliessen, dass die Etablierung einer Offenlegungspolitik verbunden mit entsprechenden Massnahmen grundsätzlich auch ei-



«I find this group an emotional reference point. It's the only place to be safe with direct emotional confronting.» (36)

nen unterstützenden Charakter für die Mitarbeiter hat. Es liegen keine Studien zur expliziten Evaluation einer solchen Intervention vor. Allerdings wurde in der Studie von Waterman et al., die eine starke Belastung durch die Beteiligung an einem Fehler nachweist, diese Belastung auch in Relation zu der Erfahrung mit der Offenlegung gegenüber Patienten untersucht (20). Dabei zeigte sich, dass jene Ärzte, die *zufrieden* mit dem Verlauf der letzten Offenlegung eines schweren Fehlers waren, keine geringere emotionale Belastung aufwiesen, als solche, die keine Offenlegung praktiziert hatten (Odds ratio 1.13). Besonders wichtig ist jedoch, dass Ärzte, die *unzufrieden* mit dem Verlauf der letzten Offenlegung eines schweren Fehlers waren, ein fast viermal so hohes Risiko für reduziertes berufliches Selbstvertrauen, Schlafschwierigkeiten, verminderte Zufriedenheit mit der Arbeit oder eine beschädigte Reputation aufwiesen (Odds ratio 3.86). In dieser Studie hatte eine gelungene Offenlegung also keinen positiven Einfluss auf die Belastungssituation, eine negative Offenlegungserfahrung jedoch erhebliches zusätzliches Belastungspotential. **Aus Patientensicht ist eine eindeutige Offenlegung jedoch zwingend erforderlich und elementar. Dieses Resultat verdeutlicht jedoch, dass eine Offenlegungspolitik von Massnahmen begleitet sein muss, die einerseits das Risiko reduziert, dass es zu negativen Erfahrungen kommt, und die andererseits im Falle schwieriger Patientenkontakte Unterstützung bereit hält.**

5.4 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Studie wurde auf Basis systematischer Datenbankabfragen und Volltext-Analyse der eingeschlossenen Studien die international verfügbare Evidenz zur Bedeutung von medizinischen Fehlern für das betroffene Personal untersucht und zusammengefasst. Die empirischen Studien verteilen sich dabei auf a) die Bedeutung von Zwischenfällen und Fehlern auf die Belastungssituation der betroffenen Mitarbeiter, b) den Umgang mit diesen Fehlern und c) Massnahmen, die die Belastungen reduzieren und den Umgang verbessern können. Kurzgefasst zeigt die Analyse, dass

- die gesundheitlichen und psychischen Belastungen nach der Beteiligung an Fehlern hoch sind,
- die Betriebe sowohl formell als auch informell in der Regel keine Unterstützung anbieten, sondern häufig eher destruktiv reagieren, und
- bisher nur wenige Erkenntnisse über effektive Massnahmen zur Reduktion der Belastung vorliegen.

Die vorliegende Literaturstudie hat einige Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen: Da es sich um eine empirisch-orientierte Arbeit handelt, wurden im Rahmen der Literaturrecherche keine theoretischen oder methodischen Arbeiten berücksichtigt. Die Auswahl der Datenbanken beschränkte sich auf *Medline* und *CINAHL*. Zwar ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der empirischen Arbeiten erfasst wurde. Dennoch ist es möglich, dass beispielsweise sozialwissenschaftliche Untersuchungen in Zeitschriften, die nicht in einer der beiden Datenbanken indexiert werden, nicht identifiziert wurden. Fast alle eingeschlossenen Studien stammen aus dem anglo-amerikanischen Raum und ihre Übertragbarkeit auf Europa ist unklar. Viele Studien beziehen sich ausschliesslich auf Assistenzärzte während andere hierarchische Gruppen seltener berücksichtigt wurden. Dies ist insbesondere deswegen problematisch, da sich im Laufe der Karriere die Art und Ursachen der Fehler, in die Ärzte involviert sind, verändern (39). Es konnten fast ausschliesslich Arbeiten identifiziert werden, die sich mit dem ärztlichen Berufsstand beschäftigen, oder Spitalmitarbeiter als Gruppe zusammenfassen. Untersuchungen zur Belastung durch Zwischenfälle anderer Berufsgruppen, insbesondere den Pflegefachpersonen, sind wünschenswert und dringend erforderlich. Trotz dieser Einschränkungen kann davon ausgegangen werden, dass die zentralen Studien erfasst wurden und sie ein detailliertes Bild des bisherigen Kenntnisstandes wiedergeben.

Während der Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenem Stress und Patientensicherheit bereits seit

längerem dokumentiert ist, so deuten jüngere Studien darauf hin, dass es sich um einen reziproken Zusammenhang handelt, in dem die Beteiligung an Fehlern zu Stress und «Burn-out» führt, die wiederum die Fehlerwahrscheinlichkeit steigen lassen (40). Dieser Mechanismus verdeutlicht, dass **die Förderung eines konstruktiven Umganges mit Fehlern, der die emotionalen Belastungen mildert und optimalerweise einen Lernprozess ermöglicht, nicht nur die Lebens- und Arbeitssituation der betroffenen Fachpersonen begünstigen, sondern auch einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten leisten kann.** Dieser Zusammenhang wurde auch durch die Studie von Williams et al. bestätigt, die den Einfluss verschiedener Aspekte organisationaler Kultur auf Stress, «Burn-out» und Patientensicherheit bei Ärzten evaluierte (41). Insgesamt war der Einfluss verschiedener Dimensionen der Kultur im Spital geringer als erwartet. Eine institutionelle Kultur jedoch, die den Qualitätsgedanken betont, hatte einen protektiven Effekt auf die Wahrscheinlichkeit selbstberichteter Fehler und suboptimaler Patientenversorgung.

Die analysierten Studien zeigen, dass viele Betroffene Unterstützung im Umgang mit der eigenen Beteiligung an einem Fehler benötigen (38). **Der Austausch mit Kollegen hat hierfür eine herausragende Bedeutung und «heilsame Wirkung».** Gleichzeitig findet dieser Austausch offensichtlich in der Regel in viel zu geringem Ausmass statt. Fallbesprechungen können hier eine wichtige Brückenfunktion übernehmen, da sie einerseits in den klinischen Alltag integriert sind und andererseits neben der formellen Aufarbeitung die Möglichkeit bieten, informelle Koalitionen zu bilden und Orientierung zu geben. Gerade junge Ärzte und Medizinstudierende beschreiben häufig den Wunsch und das Bedürfnis, dass erfahrene Ärzte offen über ihre eigenen Fehler sprechen und so erfahrbar und erlernbar machen, dass Fehler ein unvermeidbarer Aspekt medizinischer Tätigkeit sind (29;42). **Führungspersonen im Spital müssen sich dieser Verantwortung noch stärker als bisher bewusst sein und sie aktiv in der Ausbildung und der Mitarbeiterführung nutzen.** Dabei sollte neben der «technischen» Offenlegung der eigenen Verantwortung für Fehler auch die eigene emotionale Reaktion auf dieses Ereignis thematisiert werden. Wichtig erscheint zu kommunizieren, dass **nicht nur die Erfahrung des Fehlers, sondern auch die Belastung durch ein solches Ereignis «normal» (wenn auch**

zu vermeiden) ist und nicht die grundsätzliche Eignung für den Beruf in Frage stellt. Werden beispielsweise Fallbesprechungen in diesem Sinne genutzt und Fehler in einer expliziten und gleichzeitig verständnisvollen Sprache diskutiert, können sie einen enorm wichtigen und positiven Beitrag leisten.

Von vielen Autoren wird schon für die Zeit der Ausbildung in medizinischen Berufen die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung, Professionalisierung und «Profession» gefordert um den konstruktiven Umgang mit Fehlern zu fördern (30;43). Dazu gehört beispielsweise auch die Relevanz des derzeit gelehrteten «Dualismus» zwischen «richtig» und «falsch», der die Vorstellung einer medizinischen «Hypokompetenz» nährt und die Berechtigung von Unsicherheit, Zweifeln, und Entscheidungsfindung unter klinischen Alltagsbedingungen und damit die Anerkennung der Fehleranfälligkeit behindert (29). Dabei muss berücksichtigt werden, **dass die formellen Curricula häufig in direktem Widerspruch zu informellen, «hidden curricula» stehen.** Das heisst, dass beispielsweise Unterrichtseinheiten oder Kurse zum Thema Patientensicherheit angeboten werden, gleichzeitig aber Mitarbeiter, die einen Fehler offen kommunizieren, in der Kollegenschaft negativ sanktioniert werden, oder die Grundatmosphäre eine solche Öffnung gar nicht erst ermöglicht (30;43).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Annahme und Akzeptanz der eigenen Verantwortung gerade bei jungen Ärzten und Studierenden massgebliche Faktoren sind, die Erfahrung eines Fehler zu verarbeiten, konstruktiv zu nutzen und daraus zu lernen (16;42). Gleichzeitig wird im Bereich der Patientensicherheitsbewegung häufig der «Systemgedanke» sowohl bei den Ursachen für Zwischenfälle als auch bei der Suche nach Lösungen und risikomindernden Massnahmen betont (44;45). Diese Orientierung könnte die Akzeptanz der eigenen Verantwortung bei Betroffenen behindern, was wiederum das Lernen aus Fehlern und die konstruktive Verhaltensänderung negativ beeinträchtigen könnte. **Individuelle und Systemverantwortung müssen also wohl-balanciert werden** (42).

In den vorliegenden Studien wurden Massnahmen zur Unterstützung der Mitarbeiter häufig an Fehlerberichtssysteme gekoppelt. Diese Koppelung drückt sich beispielsweise in Telefon-Hotlines aus, die einerseits genutzt werden, um Fehler zu dokumentieren, und andererseits als wichtige Anlaufstelle dienen können,



um einen ersten informellen Austausch oder weiterführende Unterstützungsleistungen anbieten zu können. Erste Evaluationen deuten darauf hin, dass dieser Ansatz erfolgsversprechend ist, wenn er in ein umfassendes Sicherheitskonzept mit der dafür notwendigen Führungs- und Kulturveränderung eingebettet ist.

Fachpersonen in der medizinischen Versorgung sind einer starken Belastung durch medizinische Zwischenfälle und Fehler ausgesetzt. Die verfügbaren Ressourcen, mit diesen Belastungen umzugehen, sind neben individuellen Faktoren stark beeinflusst von dem Arbeitsumfeld, in dem sich diese Mitarbeiter bewegen. Der konstruktiven Unterstützung durch den Betrieb kommt dabei eine grosse Bedeutung zu. **Unterstützungsangebote können und sollten auf verschiedenen Ebenen ansetzen und sind mittel- und langfristig vermutlich nur in einem Bündel von Massnahmen und unter dem Dach einer integrierenden Sicherheitsstrategie erfolgreich.** Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch grundsätzlich wünschenswerte Entwicklungen der Patientensicherheitsbewegung wie beispielsweise die Forderung der Offenlegung von Fehlern gegenüber Patienten zu neuen Belastungen führen können. Diese Entwicklungen gilt es auch im Hinblick auf die Konsequenzen für die betroffenen Mitarbeiter kritisch zu begleiten und zu optimieren. **Ärztliche und pflegerische Vorgesetzte und Führungspersonen nehmen dabei eine zentrale Stellung ein.** Nur über diese Personen und ihre Bereitschaft, eigene Fehler offen zu thematisieren und die gemachten Erfahrungen aktiv in der Mitarbeiterführung zu nutzen, kann es angehenden Ärzten und Pflegefachpersonen gelingen, die Unausweichlichkeit von Fehlern zu akzeptieren, und den schwierigen Umgang damit zu erlernen.

Nahezu jede junge Frau und jeder junger Mann, die heute die klinische oder pflegerische Tätigkeit beginnen, werden mit grösster Wahrchein-

lichkeit eines Tages in einen ersten Fehler verwickelt sein und vermutlich starke emotionale Reaktionen erleben. Es ist eine Herausforderung und Verantwortung des Gesundheitssystems als Ganzes, und insbesondere seiner Führungskräfte, sie auf dieses Ereignis vorzubereiten und in der Situation zu unterstützen.

5.5 Literatur

- (1) Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Weekly* 2008 Oct 24;139(10):9-15.
- (2) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 May 30;115(10):318-25.
- (3) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of preventable adverse drug events: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 Jul 15;115(12):407-15.
- (4) Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004 May 25;170(11):1678-86.
- (5) Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, et al. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Crit Care Med* 2006 Feb;34(2):415-25.
- (6) Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004 Feb 3;170(3):345-9.
- (7) Thomsen LA, Winterstein AG, Sondergaard B, et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann Pharmacother* 2007 Sep;41(9):1411-26.
- (8) Dinning C, Branowicki P, O'Neill JB, et al. Chemotherapy Error Reduction: A Multidisciplinary Approach to Create Templated Order Sets. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005 Jan 1;22(1):20-30.
- (9) Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003 Jun 23;163(12):1409-16.
- (10) McElhinney J, Heffernan O. Using clinical risk management as a means of enhancing patient safety: the Irish experience. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2003;16(2-3):90-8.
- (11) Delbanco T, Bell SK. Guilty, Afraid, and Alone – Struggling with Medical Error. *N Engl J Med* 2007 Oct 25;357(17):1682-3.
- (12) Kennedy EM, Heard SR. Making mistakes in practice. Developing a consensus statement. *Aust Fam Physician* 2001 Mar;30(3):295-9.
- (13) Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992 Jul;7(4):424-31.
- (14) Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 2006 Jan;81(1):86-93.
- (15) Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003 Feb 26;289(8):1001-7.
- (16) Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care* 2003 Jun;12(3):221-6.
- (17) Hobgood C, Hevia A, Tamayo-Sarver JH, et al. The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Acad Med* 2005 Aug;80(8):758-64.
- (18) Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005 Feb 1;14(1):13-7.
- (19) Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J* 2004 Jul 23;117(1198):U972.
- (20) Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Quality Safety* 2007 Aug;33(8):467-76.
- (21) West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006 Sep 6;296(9):1071-8.
- (22) Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002 Mar 5;136(5):358-67.

- (23) Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984;19(2):135-46.
- (24) Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996 Feb 1;5(2):71-5.
- (25) Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000 Mar 18;320(7237):745-9.
- (26) Hobgood CD, Ma OJ, Swart GL. Emergency medicine resident errors: identification and educational utilization. *Acad Emerg Med* 2000 Nov;7(11):1317-20.
- (27) Smith ML, Forster HP. Morally managing medical mistakes. *Camb Q Healthc Ethics* 2000;9(1):38-53.
- (28) Penson RT, Svendsen SS, Chabner BA, et al. Medical mistakes: a workshop on personal perspectives. *Oncologist* 2001;6(1):92-9.
- (29) Pilpel D, Schor R, Benbassat J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching program (695). *Med Educ* 1998 Jan;32(1):3-7.
- (30) West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:29.
- (31) Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA, Jr. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002 Mar;39(3):287-92.
- (32) Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003 Dec 3;290(21):2838-42.
- (33) Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, et al. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005 Oct 1;14(5):383-8.
- (34) Wilf-Miron R, Lewenhoff I, Benyamini Z, Aviram A. From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. *Qual Saf Health Care* 2003 Feb;12(1):35-9.
- (35) Cohen MM, Kimmel NL, Benage MK, et al. Implementing a hospitalwide patient safety program for cultural change. *Jt Comm J Quality Safety* 2004 Aug;30(8):424-31.
- (36) Eubank DF, Zeckhausen W, Sobelson GA. Converting the stress of medical practice to personal and professional growth: 5 years of experience with a psychodynamic support and supervision group. *J Am Board Fam Pract* 1991 May;4(3):151-7.
- (37) Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for linicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001 Feb 20;164(4):509-13.
- (38) Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003 Oct;42(4):565-70.
- (39) Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007 Oct 22;167(19):2030-6.
- (40) Jones JW, Barge BN, Steffy BD, et al. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol* 1988 Nov;73(4):727-35.
- (41) Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007 Jul;32(3):203-12.
- (42) Fischer MA, Mazor KM, Baril J, et al. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med* 2006 May;21(5):419-23.
- (43) West CP, Shanafelt TD. Physician well-being and professionalism. *Minn Med* 2007 Aug;90(8):44-6.
- (44) Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994 Dec 21;272(23):1851-7.
- (45) Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003 Mar 13;348(11):1051-6.

6 Konkretisierung im nationalen Kontext

Die internationale wissenschaftliche Literatur zeigt deutlich das hohe Belastungspotential welches von der Beteiligung an einem Fehler für Mitarbeiter ausgeht. Es ist ebenso eindeutig, dass **Mitarbeitende in der Situation nach Fehlern unterstützt werden und Massnahmen entwickelt und angeboten werden müssen, die dies leisten**. Eine solche Unterstützung muss einerseits das Ziel verfolgen, mögliche negative Konsequenzen wie reduzierte Lebensqualität, Burn-out oder der Entwicklung einer Depression vorzubeugen, und andererseits die Qualität und Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. **Die primäre Verantwortung, Belastungen zu reduzieren und zu einem konstruktiven Umgang mit Fehlern zu kommen, liegt dabei bei den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, ihren Führungspersonen und den Mitarbeitenden**. Es existieren jedoch bislang keine «Standard-Lösungen» oder geprüfte Interventionen, die einfach implementiert zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen führen.

Die Situation und Bedürfnisse von an Fehlern beteiligten Mitarbeitern und damit auch die Anforderungen an betriebsinterne Reaktionen auf Zwischenfälle sind zudem in hohem Masse kulturabhängig. Konkretisierte Empfehlungen für betriebsinterne Massnahmen müssen daher die Situation in Schweizer Spitälern widerspiegeln. Da die internationale Literatur vor allem Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum widerspiegelt, wurden ergänzend auch neue Erkenntnisse generiert, die die Bedürfnisse der in der Schweiz tätigen Mitarbeiter abbilden.

6.1 Erfahrungen von Fachpersonen in der Schweiz

Um einen Eindruck der aktuellen Situation von in der Schweiz tätigen Fachpersonen zu gewinnen, wurden separate Fokusgruppen (eine spezielle Form der Gruppendiskussion) mit Ärzten und Pflegefachpersonen durchgeführt. Ziel dieser Fokusgruppen war zum ei-

nen die Erhebung der Bedürfnislage hinsichtlich unterstützender Massnahmen nach einem Fehler und zum anderen die Identifikation von Faktoren, die eine positive Auseinandersetzung und Überwindung der Belastungssituation erlauben und fördern.

Für die Rekrutierung von Fachpersonen für die Fokusgruppen wurde eine kurze Online-Befragung durchgeführt. Hierfür versandten 11 Schweizer Spitäler im August 2008 an ihre Mitarbeitenden eine Anfrage über das betriebsinterne Intranet, in der das Projekt kurz vorgestellt wurde und die Mitarbeitenden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden. Mit diesem Informationsschreiben sind ca. 5800 Ärzte und Pflegefachpersonen erreicht worden. Nur 143 Personen (2%) beantworteten die Befragung komplett. 90% der Personen, welche die Umfrage bis zum Schluss beantworteten, gaben an, Erfahrungen mit dem Umgang nach einem Zwischenfall gemacht zu haben. Von den Personen, welche die Befragung beantwortet hatten, war nur ein minimaler Anteil bereit, an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Unter den Teilnehmenden waren Pflegefachpersonen viermal häufiger als Ärzte bereit an Fokusgruppen teilzunehmen (OR=4.54, 95%CI 1.20-17.08; p=0.025). Die eigene Beteiligung an einem signifikanten Fehler mit Patientenschädigung war der stärkste Faktor für die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Fokusgruppe (OR=6.45, 95%CI 1.30-32.02; p=0.023). Diese Aspekte müssen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Im Ergebnis konnten drei Fokusgruppen durchgeführt werden. Eine Fokusgruppe mit sieben Ärzten und zwei weitere Fokusgruppen mit jeweils sechs und fünf Pflegefachpersonen. Die Fokusgruppen wurden von einem Sozialwissenschaftler mit langjähriger Erfahrung in der Moderation und qualitativen Auswertung von Fokusgruppen durchgeführt. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis zur anonymen Auswertung der Daten. Die Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und anschliessend ausgewertet. Die Ergebnisse sind hier in zusammenfassender Form dokumentiert und führen zur Illustration auch repräsentative Zitate der Teilnehmer auf.

Kernaussagen der Fokusgruppen

Frage nach dem Umgang mit Fehlern und Zwischenfällen im Betrieb (allgemein)

Ärzte

- abhängig vom jeweiligen Spital und von der Zusammensetzung eines Teams
- Fehlen von Rückhalt auf sachlicher und emotionaler Ebene
- Wandel im sachlichen Umgang mit Fehlern seit ca. 10 Jahren erkennbar – kein Wandel in Bezug auf emotionalen Umgang
- im Vergleich zu UK wird in der CH immer noch ein Fehler der Schuld eines Einzelnen zugeschrieben
- Vorhandensein von CIRS, aber Fehlen von institutionellen Gefässen für die emotionale Ebene

Pflegefachpersonen

- abhängig von der jeweiligen Person und der Art des begangenen Fehlers
- Umgang innerhalb der Pflegekräfte ist grundsätzlich offener als bei den Ärzten (informeller Umgang im Team)
- kritische Einschätzung des Fehlermeldeverhaltens der Ärzte
- abwertendes Verhalten der Ärzte gegenüber den Pflegenden mit hoher Anzahl Fehlermeldungen im CIRS oder sogar Schuldzuweisungen der Ärzte auf die Pflegefachpersonen

«Ich glaube einfach, beides muss besprochen sein. Es reicht einfach nicht, über das Emotionale zu schweigen und über das Sachliche zu reden. Und da sind wir, glaub ich, nicht so weit.»

Frage nach dem konkreten Verhalten von Kollegen oder Vorgesetzten nach einem Fehler gegenüber dem «betroffenen» Mitarbeiter/Kollegen

Ärzte

- sehr stark von den persönlichen Charakteristika der «betroffenen» Person abhängig
- Assistenzärzte werden bei Fehlern «etikettiert» oder als «Sündenbock» abgestempelt – keine Solidarisierung unter Kollegen
- Äusserung des Missfallens der Reaktion von Kollegen, die nach einem Fehler «hinter vorgehaltener Hand» über den betroffenen Kollegen sprechen
- Bericht eines Kollegen, der von einer institutionalisierten – externen Anlaufstelle sprach, die auf die Behandlung psychischer Traumata spezialisiert ist

Pflegefachpersonen

- besondere Unterstützung von neuen und jungen Mitarbeitern in der Pflege und oftmals der Hinweis, dass älteren auch schon mal dieser Fehler passiert ist oder hätte passieren können
- erfahrene Pflegekräfte lassen Kollegen, die einen Fehler gemacht haben, auf sich zukommen und sprechen diese nicht aktiv an → der betroffene Kollege sucht sich selbst eine Vertrauensperson
- bedeutender Unterschied im Umgang mit Fehlern zwischen Ärzten und Pflegenden, Pflegenden fühlen sich Ärzten hierarchisch unterlegen, Ärzte verdecken ihre Fehler → Pflegenden sprechen über ihre Fehler
- wenn Ärzte Fehler ansprechen, dann immer auf der sachlichen Ebene um allfällige Fehlerquellen zu analysieren – nie auf der emotionalen Ebene

«Bei diesem Punkt fehlt ein Gefäss, um auch hier etwas besprechen zu können. Gespräche über solche Themen sind eher dem Zufall überlassen, welche Menschen sind beteiligt und können die zusammen auf einer emotionalen Ebene miteinander reden.»

«Ich habe auch im Team geredet und das war auch völlig in Ordnung und dann sind wir auch zur Leitung gegangen und zu den Ärzten (...)»

Frage nach dem persönlichen Erleben, Frage nach einem Fehler, der einem selbst passiert ist

Ärzte

- Erleben von Schuldgefühlen
- schlaflose Nächte
- Erleben einer sehr stark belastenden Situation

Pflegefachpersonen

- tiefer Einschnitt in das Wohlbefinden
 - Erleben von Schockmomenten und starken vegetativen Reaktionen (Schlafstörungen)
 - Schuldgefühle, Scham
 - Selbstzweifel, Inkompetenz
-

«Das ist mir sehr lange nachgegangen. Das ist etwas, das wirkt bis heute.»

«Also, ich hatte einen totalen Adrenalinschub, habe gemacht und gemacht und nachher bin ich hingesessen und dann ist alles weg gewesen. Also, ich konnte fast nicht mehr aufstehen. Ich hatte wie kein Gefühl in dem Moment, wie betäubt, wie gelähmt. Also, ich bin einfach nur noch auf dem Stuhl gesessen, habe nicht mehr aufstehen können, habe nur noch gezittert, auch nichts mehr sagen können.»

«Und das war für mich, da hab ich echt gedacht, mir tut sich ein Loch auf, weil ich hab das Medikament ums dreissigfache zu hoch gegeben und da hab ich gedacht: ‚Das halt ich nicht aus!‘ Da hab ich echt gedacht, mir tut sich der Boden auf. Das Gefühl hatte ich. Als ich merkte, was der Fehler war, da hab ich gedacht: ‚Es kann nicht sein, es kann nicht sein, es kann nicht sein!‘» (...)

«Also, ich glaub, dieses Schamgefühl, das ist etwas, das sehr stark kommt. Das sich nicht perfekt Fühlen. Inkompetenz vielleicht auch. Aber ich glaube, das Schamgefühl ist das grösste und das zu überwinden.»

Frage nach dem persönlichen Verhalten gegenüber Kollegen und nach dem Verhalten der Kollegen einem selbst gegenüber

Ärzte

- Verhalten ist stark von persönlichen Vertrauensverhältnis gegenüber dem Vorgesetzten und den Kollegen abhängig
- starkes Rationalisieren des Fehlers für das sachliche Verstehen und die Verarbeitung
- wenn Vorgesetzte in den Fehler involviert sind, dann fällt das Reden schwer, da Sanktionen befürchtet werden

Pflegefachpersonen

- verständnisvolle, wohlwollende Reaktionen gegenüber dem «betroffenen» Kollegen
 - gute Unterstützung durch einen ärztlichen Kollegen erfahren
-

«Das ist mir auch schon passiert. Man tut sie wie grade ein bisschen unterstützten, indem dass es einem auch schon passiert ist (...)

Frage nach positiven oder negativen Reaktionen auf einen Fehler im Betrieb

Ärzte

- Bericht über Rückhalt von Vorgesetzten, die das Verständnis einer Sicherheitskultur leben und vorleben
- «Abstempeln» des letzten Glieds in der Hierarchie – Assistenzarzt

Pflegefachpersonen

- Auftreten von negativen Reaktionen (Klatsch und Tratsch, hinten herum reden, lästern)
 - aufgrund von Personalmangel wenig Möglichkeiten betroffenen Mitarbeitern eine «Auszeit» zu geben
-

«Das fand ich traurig, dass es dann einer sein muss, der das ausbaden muss. Das ging etwas durchs Haus und das fand ich nicht gut.»

Frage nach der gewünschten Form der Unterstützung durch den Betrieb

- von den eigenen Kollegen und der anderer Berufsstände

- von Vorgesetzten

- von der Spitalleitung

- von anderen neutralen/externen Stellen

Ärzte

- Vorhandensein eines Gefässes für die emotionale Ebene
- externe, unabhängige Anlaufstelle bei Zwischenfällen mit involvierten Vorgesetzten
- sachliche Fallanalyse sollte im Vordergrund stehen
- Umgang unter Kollegen sollte nicht auf Vorwürfen basieren
- Gewünschte Offenlegung des Fehlers wenn Kollegen daraus lernen können
- Freiwilligkeit des Angebotes
- offener und vertrauensvoller Umgang

Pflegefachpersonen

- Gefühl des ernst genommen werden
 - sachliche Aufarbeitung/Analyse des Fehlers für Verbesserungsprozesse
 - mehr Unterstützung, Verständnis, Einfühlungsvermögen von Vorgesetzten gewünscht
 - keine Schuldzuweisungen
 - kein Involvieren der Spitalleitung gewünscht
 - Angebot einer neutralen Anlaufstelle
 - Freiwilligkeit des Angebotes
-

«In dem Moment wo die oberste Hierarchiestufe mit betroffen ist, ist es sehr schwierig. Es muss eine externe Anlaufstelle geben, wenn der Fehler zwischen einem Untergebenen und einem Vorgesetzten passiert.»

«Dass man das wie an einem neutralen Punkt auch ablädt, dass es auch nichts mit der Abteilung zu tun hat. Sowas fänd ich super oder so eine Vertrauensperson im Spital, die irgendwie so Supervisor, also so Mediator (...), was aber keine weitreichenden Folgen hat, sondern wo man einfach hingehen kann und wirklich nur seine emotionale Seite, aussen vor, vor allem anderen ...»

Frage nach der aktiven Ansprache nach einem Fehler durch einen Vorgesetzten oder der Möglichkeit, selbst jemanden anzusprechen

Ärzte

- Erwartung an den Vorgesetzten, Mitarbeiter auf Fehler anzusprechen und für Mitarbeiter da zu sein, wenn diese ihm einen selbst begangenen Fehler mitteilen möchten
- Erwartung, dass man nicht nur vom Vorgesetzten auf den Fehler hin aktiv angesprochen wird sondern auch von anderen Kollegen

Pflegefachpersonen

- bemerkt man den Fehler selbst, wird keine aktive Ansprache von Kollegen und Vorgesetzten gewünscht
 - bleibt ein Fehler unbemerkt, wird eine Ansprache durch Kollegen und Vorgesetzte erwartet
 - Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit eines begangenen Fehlers
-

«Die Kommunikation sollte in alle Richtungen möglich sein – unabhängig von der Hierarchie.»

Frage nach Empfehlungen an betroffene Kollegen, wie sie mit einem Fehler im Betrieb umgehen sollen

Ärzte

- zu Fehlern zu stehen, offen zu kommunizieren, damit Andere draus lernen
- Einbezug einer Vertrauensperson
- Nutzen von externen, neutralen Anlaufstellen, wenn diese vorhanden sind

Pflegefachpersonen

- offene Kommunikation
 - Ansprache einer Bezugsperson mit Vertrauensverhältnis
 - Sensibilisierung junger Kollegen, dass der Mensch nicht fehlerfrei ist
 - Chance nutzen, aus Fehlern zu lernen
-

Frage nach Empfehlungen für Vorgesetzte, wie sie mit «betroffenen» Mitarbeitern umgehen sollen

Ärzte

- Vorgesetzte sollten signalisieren, dass Mitarbeiter sich vertrauensvoll an ihn wenden können
- Vorgesetzte sollte ebenfalls signalisieren, dass man sich auch mit emotionalen Problemen an ihn wenden kann

Pflegefachpersonen

- Fehler systemisch betrachten und nicht den betroffenen Mitarbeiter beschuldigen
 - diskreter Umgang durch die Vorgesetzten und Nachfragen nach dem persönlichen Befinden
-

«Mehr Verständnis oder Unterstützung einfach. Dass man fragt; Du was ist passiert oder wie ist es passiert. Erzähl mir doch mal aus deiner Sichtweise. Also, da kam eigentlich nur Vorwurf und da erwarte ich eigentlich, dass man sagt: ‚Du, lass uns mal zusammensitzen.‘ (...)»

Frage nach gewünschten Veränderungen/Massnahmen im Betrieb, die dazu beitragen, den Umgang mit Fehlern in eine positive Richtung zu lenken

Ärzte

- Coaching-Schulung bzgl. Umgang mit Fehlern nach Ausbildung zum OA
- Bewertung im FMH-Zeugnis, die den Umgang mit Fehlern beinhaltet
- Wunsch nach Kulturwandel
- obligatorische Coaching-Schulungen
- kein «Käseglocken-Denken»

Pflegefachpersonen

- konsequentes Führen eines CIRS und stärkerer Einbezug der Ärzte
- offene und direkte Kommunikation
- interdisziplinär verbesserter und vernetzter Umgang mit Fehlern
- Änderung der Fehlerkultur
- Umgang mit Fehlern bereits in der Grundausbildung thematisieren

«Ich würde mir etwas mehr Respekt wünschen, wenn ich Fehler melde. Es werden so oft Verordnungen falsch ausgefüllt oder einfach ja Fehler, die dann passieren und wenn man's dann sagt, dann wird das: <Ja ja, ich ändere das nachher dann schon noch.> Und dann ist das fertig. Also, so eher die Abwehrstellung; jetzt hat mir die kleine Pflegende das gesagt und dann ist die zwei Tage zickig und spricht dann nicht mehr mit mir. Also, das ist dann schon so diese Hierarchieschiene, die find ich schon recht ausgeprägt.»

Frage nach der Durchführung von gemeinsamen oder getrennten Schulungen für Ärzte und Pflegefachpersonen

Ärzte

- getrennte Schulungen
- Separation sollte davon abhängig gemacht werden, ob stark teamorientiert gearbeitet wird oder nicht

Pflegefachpersonen

- gemeinsame Wissensvermittlung

Selbstverständlich können diese Aussagen nicht als repräsentativ für die Situation von Mitarbeitenden in Schweizer Spitälern gelten. Dennoch ergaben die Fokusgruppen wichtige neue Aspekte und Gewichtungen, die bei der Entwicklung von konkreten Massnahmen berücksichtigt werden müssen. So zeichnet sich ab, dass es vor allem Defizite im Umgang mit der *emotionalen Situation* betroffener Mitarbeiter gibt, während die grundsätzliche, sachliche Kommunikation innerhalb der Betriebe über Fehler und unerwünschte Ereignisse bereits eher stattfindet und hier eine positive Entwicklung über die letzten Jahre wahrgenommen wird. Die emotionalen Reaktionen auf eigene Fehler wurden ähnlich dramatisch erlebt, wie dies in der wissenschaftlichen Literatur dokumentiert ist. Schlussendlich wurden relevante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich. Sowohl beim Umgang mit

Fehlern innerhalb des Teams und im direkten Arbeitsumfeld, aber auch in der Bewertung von Hierarchien zwischen den Berufsgruppen und deren Bedeutung für eine Sicherheitskultur. Gerade die ärztlichen Mitarbeiter erkennen in ihrem Umfeld die Zufälligkeit einer guten Reaktion von Kollegen und Vorgesetzten, die stark von den beteiligten Persönlichkeiten abhängt. Dahingegen betonten die Pflegefachpersonen die Situation im «Team» und fühlten sich eher in einer Gemeinschaft aufgehoben. Im Gegensatz zu Pflegefachpersonen entwickelten die Ärzte auch den Gedanken: Fehlerkultur und Führung von Mitarbeitenden nach Fehlern als formale Voraussetzung für spezifische Karriereschritte (z.B. bei Ausbildung zum Oberarzt). Gemeinsam war beiden Berufsgruppen, dass sie die notwendige Freiwilligkeit von etwaigen Massnahmen (z.B. Schulungen, Besprechungen, Fallanalysen, etc.) betonten.

7 Medizinische Fehler aus sozialpsychologischer Sicht

Bisher existiert kein psychologisches Modell, das die individuellen Verarbeitungsreaktionen beim Fehlerverursacher⁴ («second victim») nach einem medizinischen Fehler sowie die Verarbeitungsreaktionen innerhalb seines sozialen Systems einheitlich zu erklären vermag. Es werden teilweise theoretische Modelle verwendet, um Einzelaspekte bei Fehlern darzustellen (z.B. Systemtheorie, kognitive Wissenschaften). Die im Literaturreview diskutierten Studien über «second victims» beschreiben Reaktionen in der Regel in einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, ohne jedoch in explizite psychologische Modelle oder Theorien eingebettet zu sein. Warum dies so ist, ist eine interessante Frage. Aus unserer Sicht ist es aber aus zwei Gründen sinnvoll, theoretische Modelle beizuziehen und zu kennen, welche die typischen psychologischen Reaktionen und Folgen nach einem Behandlungsfehler zu beschreiben helfen:

1. um die eigene Anschauungsrichtung zu deklarieren («Wenn ich es aus dieser Sicht anschau, sieht es so und so aus») und
2. um über gemeinsame Reflexionsgrundlagen zu verfügen.

Im Folgenden werden wir versuchen, einige uns sinnvoll erscheinende Modelle bzw. Theorien aus der Sozialpsychologie im Hinblick auf die second victim-Problematik darzustellen. Wir beschreiben die psycho-

logischen Verarbeitungsreaktionen und mögliche Folgen nach einem Fehler beim Verursacher und beim Team und gehen auf Interventionsmöglichkeiten sowie präventive Faktoren ein. Das Kapitel gliedert sich in:

- Fehler als Störung des Handlungsablaufes
- Individuelle Verarbeitungsreaktion des Verursachers (second victim)
- Interventionen gegenüber dem Verursacher und präventive Massnahmen
- Verarbeitungsreaktion des Teams
- Interventionen gegenüber dem Team und präventive Massnahmen
- Implikationen für Führungspersonen

Die wichtigsten Aspekte der verwendeten Theorien im Hinblick auf die second victim-Problematik werden im Flusstext beschrieben. In beistehenden Textkästen wird auf Grundlagen oder Einzelaspekte der Modelle eingegangen, die aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht im Flusstext stehen.

7.1 Fehler als Störung des Handlungsablaufes

Wenn ein medizinischer Fehler passiert und als solcher vom Arbeitsteam wahrgenommen wird, **findet eine Unterbrechung beziehungsweise Störung des Handlungsablaufes statt**. Je nach Ausmass des Fehlers, je nach Schädigung durch den Fehler und je nach individuellen Ressourcen im Umgang mit dem Fehler reagieren der Verursacher und das Team mit einer Stressreaktion. **Das Zusammengehörigkeitsgefühl (Kohärenzgefühl) innerhalb der Teamdynamik kann durch den Fehler gefährdet werden. Aber auch das Kohärenzgefühl (innere Stimmigkeit) des Verursachers kann bedroht sein (siehe Abb. 6). Aus arbeitspsychologischer Sicht ist es für den Verursacher, wie auch für das Team, Ziel, wieder handlungsfähig zu werden.** Die psychologischen Faktoren, die zur Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit benötigt werden, kann man in eine individuelle Verarbeitung des Fehlerverursachers und in eine Verarbeitung durch das soziale System bzw. das Behandlungsteam unterteilen (Prof. Theo Wehner, Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich, persönliche Kommunikation). Auf andere Bereiche, die durch den Fehler beeinflusst werden, wie z.B. das technische System, gehen wir hier nicht ein.

⁴ Mit «Fehlerverursacher» oder «Verursacher» ist die Person gemeint, in deren Tätigkeit ein Fehler entstanden ist oder sich manifestiert hat, die also den Fehler «begangen hat» oder darin involviert war – und somit das Potential zum second victim hat. Der Begriff «Fehlerverursacher» ist zwar problematisch, da er impliziert, dass die Person den Fehler massgeblich verursacht hat, was der systemischen Betrachtung von Ursachen entgegen steht (nach systemischer Sicht *begeht* die Person zwar einen Fehler, die *Ursachen* dafür liegen aber im System). Dennoch entscheiden wir uns hier für diesen Begriff, da er geeignet ist, um die sozialpsychologischen Modelle zu beschreiben. Der Begriff ist allgemein gebräuchlich und er entspricht vor allem dem Erleben des Individuums sowie des Teams nach einem Fehler, was in unserem Zusammenhang das Entscheidende ist!

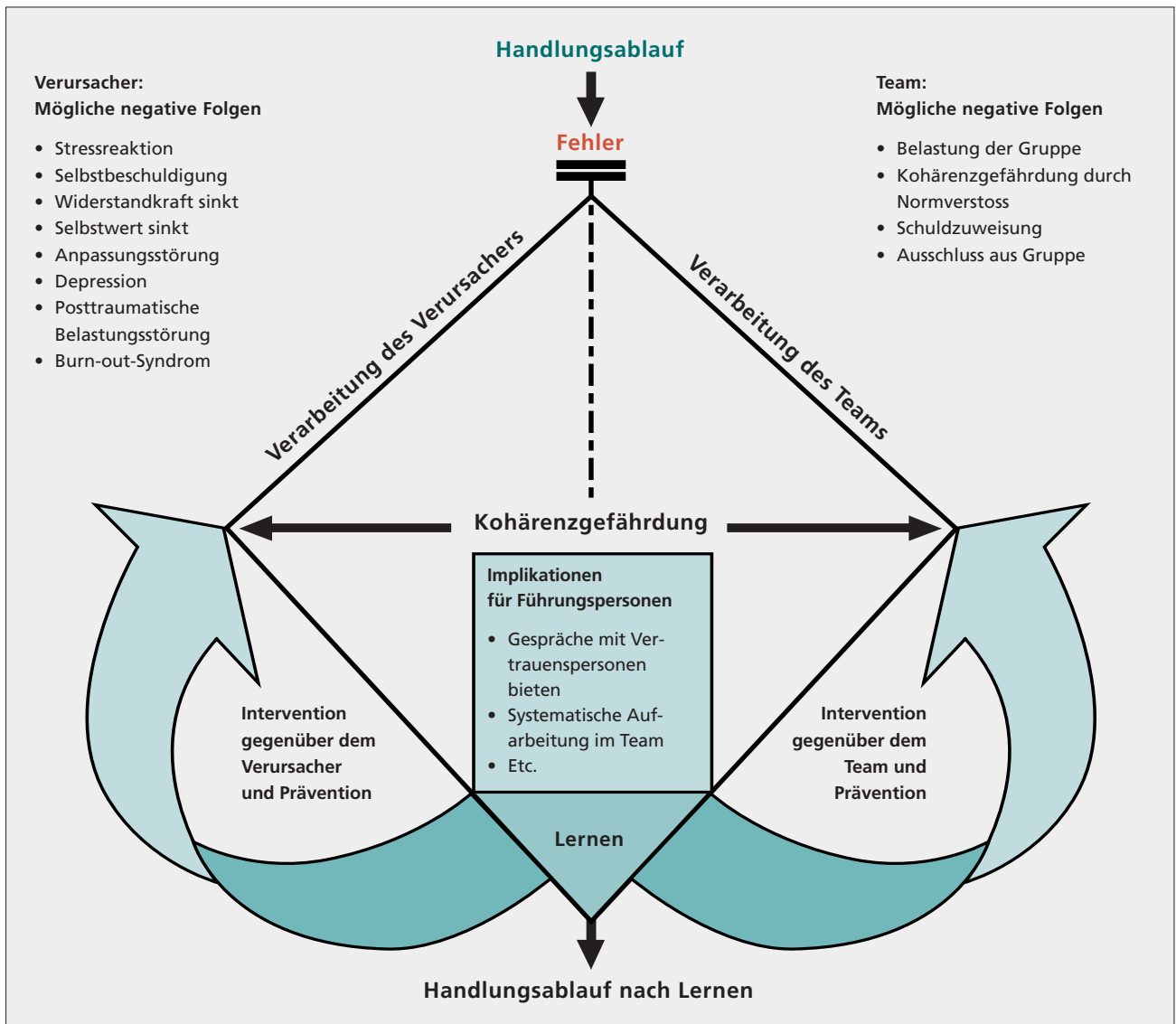


Abb. 6: Kohärenzgefährdung für den Verursacher und das Team nach einem Fehler und Intervention durch die Führung gegenüber Individuum und Team

7.2 Individuelle Verarbeitungsreaktion des Verursachers

Der Fehlerverursacher (es können auch mehrere Personen direkt oder indirekt involviert sein) erlebt, nachdem er sein Handeln als Fehler wahrgenommen hat, mindestens eine Kränkung des Selbstwertes («Ich wollte dem Patienten eigentlich helfen»). Es bleibt häufig nicht bei einer Kränkung, sondern die **Person entwickelt, je nach individuellem Umgang mit Belastungen und je nach Ausmass des Fehlers, Leidensdruck mit psychopathologischen Symptomen**. Vom Ausmass her können diese der psychiatrischen Kategorie einer Anpassungsstörung nach Belastung entsprechen (siehe Kasten 1). Sicherlich am

häufigsten sind Schlafstörungen, Unruhe und einige depressive Symptome wie z. B. Niedergeschlagenheit. Es kann sich daraus aber auch das Vollbild einer Depression entwickeln. In besonders schwerwiegenden Fällen ist die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) mit lang anhaltender Beeinflussung eine mögliche Folge. Häufig wird in der Literatur über die Entstehung von einem Burn-out-Syndrom bei second victims gesprochen. Die Definition des Burn-out-Syndroms ist nicht einheitlich und im psychiatrischen Kontext findet sie keine Anwendung als Hauptdiagnose. (siehe Seite 44, Kasten 1)

Kasten 1:

Anpassungsstörung – Depression – Posttraumatische Belastungsstörung – Burn-out-Syndrom

Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2)

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung aus diesen) (1).

Depression (ICD-10: F32)

Der Betroffene leidet unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor (1).

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

Diese entsteht als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf (1).

Burn-out-Syndrom (ICD-10: Z73.0)

Es gibt keine einheitliche Definition des Burn-out-Syndroms. Im ICD-10 wird es unter «Ausgebranntsein» und «Zustand der totalen Erschöpfung» als den Gesundheitszustand beeinflussender Faktor unter den Zusatzdiagnosen klassifiziert (1). Im DSM IV kommt es als Diagnose nicht vor. Laut Pschyrembel versteht man unter Burn-out-Syndrom einen Zustand mit ausgesprochener emotionaler Erschöpfung und reduzierter Leistungsfähigkeit, der als Endzustand einer Entwicklungslinie bezeichnet werden kann, die mit idealistischer Begeisterung beginnt und über frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, psychosomatischen Erkrankungen und Depression oder Aggressivität und einer erhöhten Suchtgefährdung führt (2). Die bekannteste Burn-out-Theorie wurde von der Psychologin Christina Maslach aufgestellt. Sie fasst die Phasen des Burn-out-Syndroms unter den Begriffen Emotionale Erschöpfung, reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und Depersonalisation zusammen. Bei der Depersonalisation klagen die Betroffenen über ein Gefühl von entfernt sein, von «nicht richtig hier» sein. Sie klagen z.B., darüber, dass ihre Empfindungen, ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd, unangenehm, verloren (1). Depersonalisation kann einhergehen mit emotionaler Taubheit, Veränderung des Körpererlebens, Veränderung von Gedächtnisprozessen oder mentalen Prozesse, Veränderung der visuellen Wahrnehmung, einem Gefühl der Automaten- oder Roboterhaftigkeit der eigenen Bewegungen u.a..

Depersonalisation wird in der second victim-Literatur häufig erfasst, ist an sich aber unspezifisch und kann z.B. auch bei Schlafmangel bei Gesunden aber auch bei einer Vielzahl an psychiatrischen Erkrankungen vorkommen. Zur Bestimmung eines Burn-out Syndroms wird häufig ein Fragebogeninstrument, das Maslach Burn-out Inventory (MBI), verwendet (3).

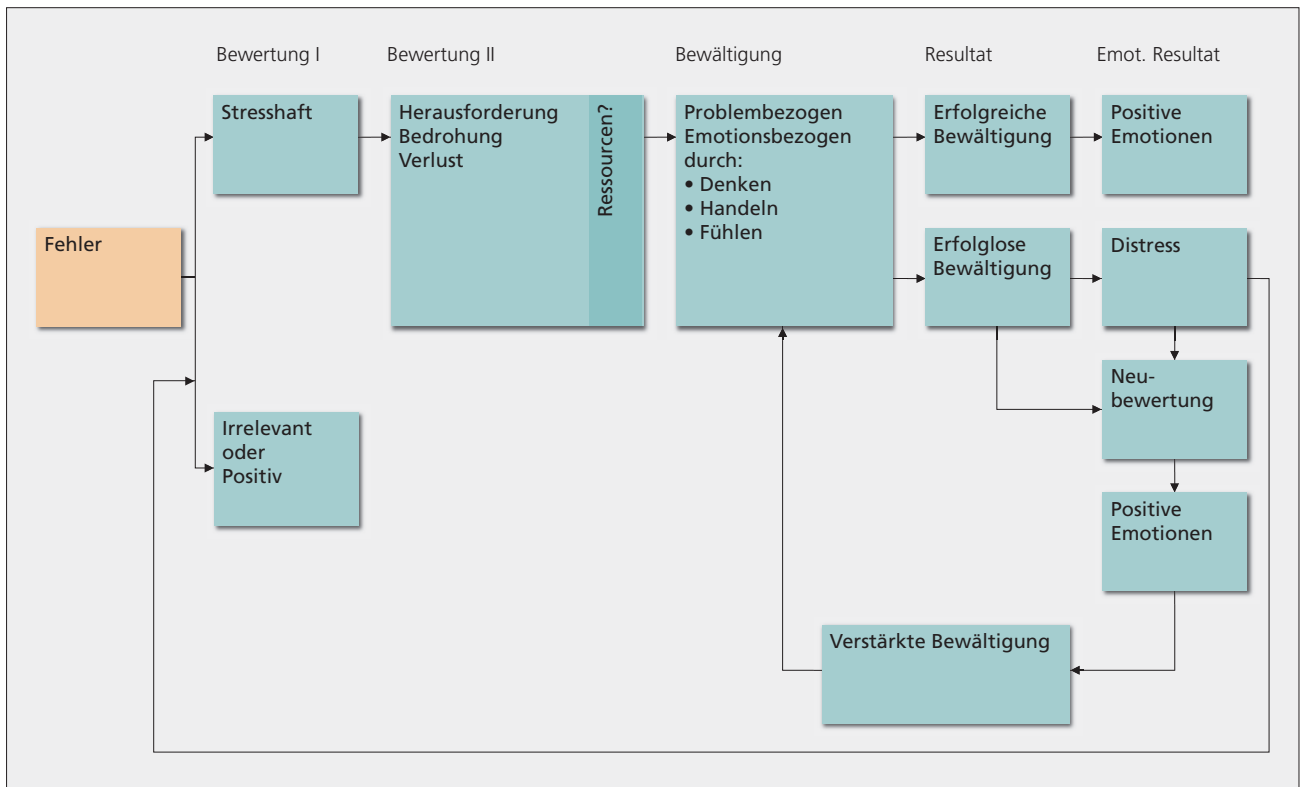


Abb. 7: Stressmodell nach Lazarus und Folkman; modifiziert nach Folkman (5)

Stressmodell von Lazarus und Folkman – «Ein Fehler erzeugt Stress»

Aus psychologischer Sicht ist ein Fehler ein stressreiches Ereignis, das die Bewältigungsressourcen der Person beansprucht. Wenn der Fehlerverursacher einen Fehler erkannt hat, durchläuft er eine Stressreaktion⁵, die durch das Stressmodell von Lazarus und Folkman dargestellt werden kann (siehe Abb. 7) (4).

Es findet zunächst beim Verursacher ein zweiteiliger *Bewertungsprozess* statt. Im ersten Teil wird bewertet, ob es sich überhaupt um eine stresshafte Situation handelt oder ob sie positiv oder irrelevant ist. Im zweiten Teil der Bewertung wird der Fehler subjektiv in Anbetracht der eigenen *Ressourcen* und des Fehlerausmasses als noch zu meisternde *Herausforderung*, als *Bedrohung* oder bereits als *Verlust* bewertet (siehe Kasten 2).

Bei der anschliessenden eigentlichen *Bewältigung* werden alle vorhandenen Bewältigungsmechanismen (*Denken, Handeln, Fühlen*) eingesetzt, mit dem Ziel, das Problem zu bewältigen. (siehe Seite 46, Kasten 3)

Kasten 2:

Beispiele für den 2. Bewertungsschritt: – Herausforderung – Bedrohung – Verlust

- **Herausforderung** – etwas wurde falsch gemacht, ohne dass bisher eine negative Auswirkung eingetreten ist (z.B. ein falsches Medikament wurde verordnet aber vom Patienten noch nicht eingenommen).
- **Bedrohung** – es ist etwas Unerwünschtes eingetreten, man kann aber mit gegensteuernden Massnahmen versuchen, einen Schaden abzuwenden (z.B. Patient zeigt unerwünschte Reaktion nach Gabe eines falschen Medikaments).
- **Verlust** – Der Schaden ist bereits eingetreten (z.B. falsch gesetzter Schnitt bei einer Operation).

⁵ Unter **Stress** versteht man aus psychologischer Sicht eine Interaktion mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern (20).

Kasten 3:

Bewältigungsmechanismen mit spezifischen Formen und Beispielen:

(Auszug aus den Berner Bewältigungsformen mit Beispielen (6))

Denken

Problemanalyse: «Der Fehler wurde rationalisiert.»

Ablenken: «Man tat so, als ob nichts gewesen wäre und ging zur Tagesordnung über.»

Relativieren: «Man sagte mir, dass es nicht so schlimm ist und jedem mal so geht.»

Sinnggebung: «Ich konnte viel aus dem Fehler lernen, ich bin dadurch ein besserer Arzt geworden.»

Handeln

Fehlerbezogenes Zupacken: «Ich versuchte, das Problem zu beheben.»

Aktives Vermeiden: «Ich versuchte, in den kommenden Wochen nicht mehr im Notfall eingesetzt zu werden.»

Konzentriertes Entspannen: «Ich nahm Urlaub, um mich von dem Stress zu beruhigen.»

Rückzug (sozial): «Ich wollte von niemanden angesprochen werden.»

Fühlen

Schuld zuweisen: «Assistenzärzte werden als «Sündenbock» abgestempelt / es erfolgte Schuldzuweisung der Ärzte auf das Pflegepersonal.»

Selbstbeschuldigen: «Ich fühlte mich schuldig und inkompetent.»

Resignation: «Ich überlegte mir, ob ich meinen Beruf aufgeben soll.»

Optimismus: «Ich war zuversichtlich, dass ich aus dem Fehler etwas lernen kann.»

Hadern: «Ich musste immer wieder an das Ereignis denken und warf mir vor, dass ich nicht anders gehandelt hatte.»

Eine Bewältigung ist dann erfolgreich, wenn mittels der Bewältigungsmechanismen einerseits das Problem gelöst oder verbessert wird (problembezogene Bewältigung) und andererseits die emotionale Belastung behoben wird (emotionsbezogene Bewältigung).

Bei der *problembezogenen Bewältigung* versucht der Betroffene, die Bedrohung zu verringern oder zu beseitigen. Bei einem bereits stattgefundenen Fehler versucht die Person, weiteren Schaden abzuwenden. Ist dies nicht möglich, versucht sie zu verstehen, was passiert ist, wie es vermeidbar gewesen wäre und was in Zukunft anders getan werden könnte. Durch die *emotionsbezogene Bewältigung* bemüht sich die Person, die unangenehmen Gefühle wie z.B. Angst, Scham und Trauer zu lindern, sei es durch Gespräche, durch Entspannung, durch Beruhigungsmittel oder Anderes.

Laut Lazarus und Folkman ist es nicht vorhersehbar, welcher Bewältigungsmechanismus für eine Person den gewünschten Nutzen bringen kann (siehe Kasten 3 für mögliche Bewältigungsformen). Lazarus betont auch, dass es an sich keine guten oder schlechten Be-

wältigungsmechanismen gibt. Ein Bewältigungsmechanismus, der in *einem* Kontext zu einem positiven Resultat mit Stressreduktion führt, kann in einem *anderen* Kontext erfolglos sein. Allerdings konnte nachgewiesen werden, dass der chronische Einsatz von vermeidenden Strategien eher mit einer schlechteren Anpassung verbunden ist als der Einsatz von emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien, bei denen sich die Person ihren Emotionen stellt (7).

Gelingt die Bewältigung, so ist dies mit einem positiven Erleben und einer Wiederaufnahme der (modifizierten) Handlungsfähigkeit verbunden. Misslingt die Bewältigung, so bleibt das Stresserleben bestehen und der Stressbewältigungsmechanismus beginnt von vorne. Gelingt es bei einer erfolglosen Bewältigung, das Stressereignis neu zu bewerten, zum Beispiel durch eine Problemanalyse, kann dies auch in eine positive Emotion und im weiteren Verlauf in eine Verstärkung der Bewältigungsvorgänge münden.

In einer Studie von Scott et al. über die Erfahrungen von second victims, wurden 6 Bewältigungsphasen

herausgearbeitet, die von second victims durchlaufen werden (8). In der Studie wird zwar nicht mit einem psychologischen Modell wie dem Stressmodell gearbeitet. Dennoch kann man aufgrund der angeführten Aussagen der second victims den genannten Phasen auch Bewältigungsmechanismen zuordnen. (siehe Kasten 4)

Die erste Phase entspricht am ehesten einer problembezogenen Bewältigung mit fehlerbezogenem Zupacken oder Delegation desselben bei eigener kognitiver Einschränkung. Die Phasen 2, 3 und 4 sind geprägt von Problemanalyse, Selbstbeschuldigung, Schuldzuweisung, Rückzug mit Entwicklung von psychosomatischen Symptomen. Die Phase 5 ist geprägt von der emotionalen ersten Hilfe und kann einen Wendepunkt im Ablauf darstellen. Aus Bewältigungssicht findet zwar erneut eine Fehleranalyse statt («Was ist passiert? Warum habe ich gehandelt, wie ich gehandelt habe?»), aber diesmal mit sozialer Unterstützung durch helfende Personen. In Phase 6 kann, je nach inneren Ressourcen und äusserer Unterstützung, ein erfolgreiches Wachstum mit Optimismus und Sinngebung als mögliche Bewältigung auftreten. Es ist aber auch eine weniger günstige Entwicklung mit Hadern oder gar mit Resignation bis hin zur Berufsaufgabe möglich.

Implikationen für Führungspersonen:

Was lässt sich aus dem Stressmodell von Lazarus und Folkman für die second victim Problematik lernen? Aus unserer Sicht ist es für Führungspersonen wichtig, zu berücksichtigen, dass ein Fehler bei dem Verursacher mit einer erheblichen Stressreaktion einhergehen kann, bei der die Bewältigungsmechanismen der Person aktiviert werden. Stellen Sie als Führungsperson Ressourcen zur Verfügung, die eine aktive Bewältigung ermöglichen. Zu einer aktiven Bewältigung gehört sowohl die problembezogene Bewältigung als auch die emotionsbezogene Bewältigung. Eine missglückte Bewältigung erzeugt Distress und geht bei längerem Anhalten mit vermehrtem Auftreten von psychischen und auch von somatischen Erkrankungen einher – mit Folgen auch für die Performance des Mitarbeiters!

7.3 Intervention gegenüber dem Verursacher und präventive Massnahmen

7.3.1 Intervention durch Gesprächsangebote – «In der Krise hilft das Gespräch»

Welche Interventionen sind hilfreich, um einem potentiellen second victim nach einem Fehler mit begonnener Stressreaktion Unterstützung zu bieten? Um diese Frage zu beantworten, wollen wir uns zunächst nochmals der bereits zitierten Untersuchung von Scott et al. (8–9) zuwenden, da sie wichtige konkrete Ansatzpunkte liefert für den Umgang mit second victims. In dieser Studie wurden betroffene second victims nach gewünschten Unterstützungsstrukturen gefragt. Aufgrund der genannten Angaben (Kasten 5) wurde ein 3-stufiges Interventionsangebot ausgearbeitet und implementiert, bei dem das Gespräch eine zentrale Rolle spielt. Interventionswünsche auf der systemischen- und Teamebene werden ebenfalls genannt; auf diese gehen wir in den entsprechenden Abschnitten ein. **Auf der ersten Stufe bietet ein Teammitglied dem potentiellen second victim emotionale erste Hilfe und fragt nach seinem Wohlergehen («are you OK?»).** Des Weiteren wird eine kurze Ruhepause direkt nach dem Ereignis angeboten, um sich wieder zu sammeln. **Auf der zweiten Stufe bieten kommunikationsgeschulte Kaderpersonen dem second victim Kriseninterventionshilfe an.** Bei der Kriseninterventionshilfe steht die Schilderung des Fehlerereignisses, die Bewältigungs-

Kasten 4:

Sechs Bewältigungsphasen bei second victims (8)

Phase	Charakteristik
1) Chaos und unmittelbare Reaktion	Aufgewühlt sein Hilfe holen
2) Aufdrängende Erinnerung	Insuffizienzgefühle Selbstisolation
3) Wiederherstellung der persönlichen Integrität	Angst und Gerüchte aushalten
4) Inquisition überstehen	Sich Mitarbeitern, Patient, Angehörigen stellen
5) Emotionale erste Hilfe	Hilfe bekommen Angst vor Prozess
6) Vorwärts gehen • Wachsen • Überleben • Abbruch	Neue Perspektive Funktionieren Abteilungswechsel

Kasten 5:

Gewünschte Unterstützungsstrukturen (9)

1. Eine kurze Unterbrechung oder **Ruhepause bieten**, um sich zu sammeln und sich zu beruhigen.
2. Eine sichere und **gerechte Kultur gewährleisten** ohne Anschuldigung.
3. **Klinkpersonal ausbilden** über Schadensuntersuchungen nach einem unerwünschten Ereignis, über das second victim-Phänomen und über vorhandene Unterstützungsnetzwerke.
4. Eine garantierte **systematische Nachbearbeitung** des Ereignisses gewährleisten mit objektiver vollständiger Klärung des Falles und mit der Möglichkeit für Feedback und Reflexion über die durchgeführte Patientenbehandlung.
5. Sicherstellen, dass ein **Unterstützungsteam 24 Stunden an 7 Tagen** verfügbar ist.
6. **Voraussehbare Nachbetreuung** sicherstellen für second victims nach einem Fehler.
7. **Die Unterstützung streng vertraulich** halten.
8. **Individuelle Unterstützung** je nach Bedarf bereitstellen.

strategie und die Ressourcenaktivierung der betroffenen Person im Vordergrund. **Erst wenn dies nicht hilft, wird auf der dritten Stufe die Unterstützung eines professionellen externen Helfers herangezogen (z.B. Psychiater).** (siehe Kasten 5)

Das soeben beschriebene, in Missouri USA realiter operationalisierte Konzept, stellt ein Beispiel für mögliche Interventionen nach einem Fehler und bei Verdacht auf Entwicklung einer second victim-Symptomatik dar. Welche Interventionsformen nach Stresserleben sonst noch helfen könnten, das psychische Wohlergehen wiederherzustellen oder aufrecht zu halten, ist Gegenstand der umfangreichen Gesprächs-Therapieforschung, auf die wir hier nicht weiter eingehen.

Aus der Arbeitspsychologie liegen auch Untersuchungen vor, die neben dem klassischen Zweiergespräch auch andere Gesprächsformen berücksichtigen (10). Laut Wehner ist das **Erzählen des Geschehenen das wichtigste Element, um die Belastung nach einem Fehler aufzuarbeiten.** Dabei gibt es die Möglichkeit, das Erzählen im «Monolog», in der «Dyade» oder in der «Triade» durchzuführen (Prof. Theo Wehner, persönliche Kommunikation).

Monolog: In der Monologform schreibt der Fehlerverursacher die Ereignisse im Zusammenhang mit dem Fehler so genau wie möglich auf. Durch die tagebuchartige Reflexion kann der Verursacher mehr Klarheit gewinnen zu den Fragen «Was ist passiert?», «Wie ist es passiert?», «Wie hätte ich es anders machen kön-

nen?». Das Aufschreiben des Fehlerereignisses kann von therapeutischem Nutzen sein, kann aber auch als sogenanntes «Gedächtnisprotokoll» zur weiteren Fehleranalyse dienen und wird zu diesem Zweck von Rechtsmedizinern, Medizinrechtlern und systemischen Fehleranalytikern, so auch von der Stiftung für Patientensicherheit, empfohlen (11).

Dyade: Bei der dyadischen Gesprächsform erzählt der Verursacher einer Vertrauensperson das Fehlerereignis. Dies wird zum Beispiel auch bei De-Briefings nach belastenden Ereignissen durchgeführt (12). Laut Wehner ist es nach einem Fehler wichtig, dass die verursachende Person sich selber einen Gesprächspartner aussuchen kann und nicht eine definierte Person (z.B. Vorgesetzter oder Krisenbeauftragter) akzeptiert werden muss. Aufgabe der Vertrauensperson ist, dass sie dem Fehlerverursacher soziale Unterstützung bietet (siehe unten).

Triade: Das Triadengespräch bezeichnet eine Gesprächsform, bei der drei Personen zu einem Gespräch über das Fehlerereignis zusammenkommen: Der Verursacher, eine Vertrauensperson und ein fachexterner sozusagen «naiver» Moderator (10). Die Aufgabe des Moderators ist es, unhinterfragte Abläufe und Normen zu hinterfragen und dadurch einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen. **Der Moderator kann als Bindeglied zwischen dem second victim und der Institution wirken, mit dem Ziel, die gewonnenen Erfahrungen konstruktiv in die Institution einzubringen und ein Lernen zu ermöglichen.**

Implikationen für Führungspersonen:

Nach erfolgtem Fehler und eingetretener Stressreaktion ist das Gespräch mit einer Vertrauensperson ein zentrales Element zur Wiedererlangung der psychischen Balance. Das betriebsinterne Gesprächsangebot sollte in abgestufter Weise möglich sein und auf die Bedürfnisse direkt nach dem Ereignis und bei bereits entwickelter second victim-Symptomatik (anhaltender Stressreaktion) eingehen. Bei fortbestehendem Stresserleben ist ein externes geschäftstherapeutisches Angebot nötig.

7.3.2 Stärkung präventiver Faktoren bei der Verarbeitung des Verursachers

Es gibt natürlich viele verschiedene Interventionsmöglichkeiten und eine einzig richtige Gesprächsform im Umgang mit second victims wird es vermutlich nicht geben. **Letztlich zielen die therapeutischen Interventionen aber alle auf die Stärkung des Selbstwertes einer Person – oder anders gesagt – auf die Stärkung der «inneren Kraft» ab**, so dass sie mit dem Stresserleben nach einem Fehler so gut wie möglich umgehen kann. Da Stress in gewisser Hinsicht zum Leben und zum Berufsleben gehört, wollen wir uns im Folgenden zwei Theorien näher ansehen, die sich mit internen und externen präventiven Faktoren beim Umgang mit anhaltendem Stress befassen und aus denen sich ebenfalls Massnahmen für Führungspersonen ableiten lassen.

Salutogenese und Kohärenzgefühl – «Vieles ist möglich, wenn die Grundbedingungen stimmen»

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky machte die Frage nach den Faktoren, die Menschen befähigen, trotz grosser Belastung gesund zu bleiben, zum Ziel seiner Forschung. Im Folgenden werden einige Aspekte seiner Forschung dargestellt, die uns wichtig im Hinblick auf die second victim-Problematik erscheinen. Entgegen der herkömmlichen Beschäftigung mit krankheitsauslösenden Faktoren in der Medizin (Pathogenese), fragt Antonovsky nach den gesundheitsauslösenden Faktoren und bezeichnet dies als Salutogenese (= Gesundheitsentstehung) (13). Ursprung seiner Forschung war die Frage, wie einige Menschen, welche die nationalsozialistischen Konzentrationslager über-

lebt hatten, dabei weitgehend gesund bleiben konnten. Er fand heraus, dass diese Menschen über bestimmte Eigenschaften verfügen, die er als «sense of coherence» (coherence = engl. Stimmigkeit) bezeichnete. «Sense of coherence» wird im Deutschen als Kohärenzgefühl bezeichnet, obwohl es sich nicht lediglich um ein Gefühl, sondern vielmehr um eine grundlegende Lebenshaltung handelt. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus 3 Faktoren zusammen: der *Verstehbarkeit*, der *Handhabbarkeit* und der *Sinnhaftigkeit*.

1. Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit von Menschen, bekannte und auch unbekannte Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können.
2. Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass er geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen – wozu auch der Glaube an die Hilfe anderer Menschen oder einer höheren Macht zählt.
3. Sinnhaftigkeit beschreibt das Ausmass, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert.

Antonovsky sieht die Sinnhaftigkeit als wichtigsten Aspekt des Kohärenzgefühls an, denn ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden.

Menschen, die ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl haben, sind in der Lage, durch die Wahl von geeigneten Bewältigungsstrategien flexibel auf Anforderungen zu reagieren. Das Kohärenzgefühl ist sozusagen ein flexibles, übergeordnetes Steuerungsprinzip, das den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster in Abhängigkeit an die Anforderung anregt.

Aus der Salutogeneseforschung konnten folgende Aspekte erhärtet werden:

- Menschen mit hohem Kohärenzgefühl (gemessen mit einem spezifischen Befragungsinstrument) nehmen Reize weniger schnell als Stressoren wahr, als Menschen mit niedrigem Kohärenzsinn (14).
- Ein niedriger Kohärenzsinn geht mit einem erhöhten Risiko einher, an psychischen Beschwerden zu leiden (15).
- Personen mit hohem Kohärenzgefühl entwickeln nach einem schweren Trauma seltener posttraumatische Belastungsstörungen (16).

Antonovsky ging davon aus, dass das Kohärenzgefühl durch Erfahrungen in der Kindheit geprägt wird sowie Produkt der kontextuellen sozialen und kulturell-historischen Lebensbedingungen ist. Er nahm an, dass das Kohärenzgefühl bis zum 30. Lebensjahr ausgebildet wird und sich danach nicht mehr massgeblich beeinflussen lässt. Spätere Interventionsforschungen konnten jedoch zeigen, dass das Kohärenzgefühl bis ins hohe Alter veränderbar ist, zum Beispiel durch therapeutische Massnahmen. Eine Untersuchung zur betrieblichen Gesundheitsförderung konnte sogar zeigen, dass sich **durch Veränderung der sozialen und organisatorischen Ressourcen das Kohärenzerleben der Mitarbeiter und deren Gesundheit verbessern liess (17)**. Dies wurde erreicht durch 3 Faktoren:

1. Zunahme der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte
2. Zunahme der Mitbestimmung bei Entscheidungen im Betrieb
3. Zunahme der Aufgabenvielfalt und des Tätigkeitspielraums

Implikationen für Führungspersonen:

Was lässt sich aus der Kohärenzforschung für unser Verständnis über second victims ableiten? Es lässt sich sagen, dass Menschen eine sehr unterschiedliche «Kohärenzausstattung» mitbringen und demzufolge Ereignisse wie einen Fehler unterschiedlich gut bewältigen können. Diese Erkenntnis hilft primär nicht zwingend weiter, ja, sie liesse sich sogar für eine Verschärfung der «blame culture» missbrauchen. Führungstechnisch sehr bedeutend ist aber die Erkenntnis, dass es Faktoren gibt, welche der verursachenden Person nach einem Fehler helfen können, ihr Kohärenzgefühl und damit ihre psychische Gesundheit wiederherzustellen und zu stärken. Laut der Salutogeneseforschung stabilisiert sich das Kohärenzgefühl, wenn wir nach einem Stressor (Fehler) verstehen können, was genau passiert ist (Verstehbarkeit), uns überlegen, was in Zukunft anders gemacht werden kann (Handhabbarkeit) und dem Gewesenen einen Sinn geben können z.B. als Bei-

trag zur Qualitätsverbesserung des Betriebes (Sinnhaftigkeit). Es ist eine wesentliche Führungsaufgabe, dies zu ermöglichen und zu unterstützen. Zudem werden weitere zentrale Faktoren genannt, welche im Sinne der allgemeinen Kohärenzstärkung präventiv wirksam sein können und ebenfalls Führungstechnisch relevant sind: Unterstützung durch Vorgesetzte, Mitbestimmung bei Entscheidungen, Aufgabenvielfalt und Tätigkeitspielraum.

Es gibt eine Vielzahl an möglichen Konzepten, die sich mit den *internen* Ressourcen psychischer Gesundheit befassen und das Salutogenesemodell weist eine grosse Nähe zu anderen Konzepten wie «Selbstwertgefühl», «Optimismus» und «Kontrollüberzeugung» auf.

Soziale Unterstützung – «Ich verstehe dich, ich helfe dir»

Eine andere wichtige Forschungsrichtung, die sich mit *externen* Ressourcen bei Stressbewältigung beschäftigt, ist die «soziale Unterstützung» (social support). In einer Vielzahl an Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass soziale Unterstützung einen entscheidenden Faktor bei der Stressbewältigung darstellt und stressbedingte Gesundheitsschädigungen wie Herz-Kreislaufkrankungen und Depression mildern kann. Soziale Unterstützung wird definiert als diejenigen Ressourcen, die von anderen in Notlagen bzw. in Stresssituationen zur Verfügung gestellt werden (18). Die soziale Unterstützung kann man in 4 Bereiche einteilen (19):

1. Emotionale Unterstützung – sich umsorgt, geliebt und geschätzt fühlen
2. Einschätzungsunterstützung – Rückmeldung und soziale Vergleiche bei der Bewertung der Umwelt
3. Informative Unterstützung – Information erhalten, wie man mit bestimmten Dingen umgeht
4. Instrumentelle Unterstützung – Konkrete Hilfe erfahren

Soziale Unterstützung wirkt als sogenannter «Puffereffekt» (19). **Menschen, die sich unterstützt fühlen, werden von stressreichen Ereignissen weniger betroffen, als Personen, die den Eindruck haben, sie hätten keine Unterstützung.** Neben der real zur Verfügung gestellten Unterstützung als externe Ressource

spielen aber auch hier interne Faktoren (Persönlichkeitsfaktoren) eine Rolle. Die Fähigkeit, angebotene Unterstützung auch unterstützend wahrzunehmen, ist nicht bei allen Menschen gleich ausgeprägt.

Die soziale Unterstützung spielt für den Fehlerverursacher in zweierlei Hinsicht eine Rolle: Einerseits kann ihm die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen, Freunde und Partner wesentlich dabei helfen, das eigene Gleichgewicht wieder herzustellen. Ein Arbeitskollege kann hierbei sogar hilfreicher sein als der Beziehungspartner, da ersterer alle vier Unterstützungsfaktoren abdecken kann (siehe oben), während der Partner meist «nur» die emotionale Unterstützung bereitstellt.

Der Fehlerverursacher muss andererseits um die soziale Unterstützung seines sozialen Systems (Gruppe) fürchten, da ein Fehler das Zusammengehörigkeitsgefühl bzw. Kohärenzgefühl einer Gruppe gefährden kann, was im Folgenden genauer dargestellt werden soll.

Implikationen für Führungspersonen:

Was können wir aus der Theorie der sozialen Unterstützung für die second victim Problematik ableiten: Soziale Unterstützung ist ein entscheidender Faktor bei der Stressbewältigung. Menschen sind nach einem Fehler besonders auf die soziale Unterstützung durch Teammitglieder und Vorgesetzte angewiesen. Etablieren Sie Strukturen, in denen soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Teammitglieder nicht dem Zufall überlassen bleiben sondern in einen vorhersehbaren Ablauf eingebettet sind.

7.4 Verarbeitungsreaktion des Teams

Nach einem erkannten Fehler ist nicht nur die verursachende Person beeinträchtigt, sondern das gesamte System ist betroffen und wird, je nach Fehlerausmass und je nach Rolle des Verursachers im Team, in der Handlungsfähigkeit gestört oder unterbrochen. Im Literaturreview wurde mehrfach die Angst der second victims vor Ausschluss aus der Gruppe genannt. Warum ein Fehler eine Gefährdung der Gruppenzusammengehörigkeit darstellt, soll im Folgenden zunächst mit Blick auf Gruppennormen und im zweiten Schritt unter Einbezug der Attributionstheorie besprochen werden.

Gruppennorm und Kohärenzgefährdung – «Du sollst keine Fehler machen»

Aus gruppensoziologischer Sicht ist es verständlich, dass ein Fehler einer individuellen Person zugeschrieben wird, da ein Fehler eine Verletzung der angestrebten impliziten **Gruppennorm** vom «fehlerfreien Handeln» darstellt. Die bestehende Norm des «fehlerfreien Handelns» setzt sich zusammen z.B. aus Zuschreibungen durch die Gesellschaft («Götter in weiss»), die Allmachtsphantasien der ausführenden Personen sowie durch historisch gewachsene Einflüsse (Hippocrates: «First do no harm») (20). **Begeht eine Person einen Fehler, so gefährdet dies das sog. Kohärenzgefühl oder Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe, sofern «fehlerfreies Handeln» zur Gruppennorm gehört.** Die Gruppe hat die Möglichkeit, den Fehler als etwas zu ihr Gehörendes anzunehmen, z.B. durch Auseinandersetzung mit den Ursachen und Verbesserungsarbeit, oder den Fehler als etwas eben gerade *nicht* zur Gruppe Gehörendes auszuschliessen. Dies kann sie tun, indem sie z.B. den Fehler ignoriert oder indem sie ihn einer Einzelperson zuschreibt.

Auch wenn alle Personen innerhalb der Gruppe wissen, dass die Norm des fehlerfreien Handelns letztlich nicht realisierbar ist, kann die Norm in ihrer Gültigkeit für die Gruppe trotz wiederholt begangener Fehler bestehen bleiben. Ein gewisses Ausmass an **normdeviantem Verhalten** kann durch die folgenden **Bestrafungsmechanismen** wie z.B. Ignoranz oder Schuldzuweisung sogar verstärkend wirken auf die Norm, da die Normgültigkeit dadurch für alle wieder ins Gedächtnis gerufen wird (21).

Interviewte Personen in den Fokusgruppen äusserten häufig die Angst, im Gefolge des begangenen Fehlers von der Gruppe ausgestossen zu werden («Sie werden mir nie mehr vertrauen.»). Indem die verursachende Person die Schuld an dem Fehler nur auf *sich* nimmt, entlastet sie die Gruppe und die Gruppenmitglieder können sich mit etwas Anderem beschäftigen. Der Verursacher könnte durch die Schuldannahme also – wohl eher unbewusst – die Strategie verfolgen, das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe zu entlasten bzw. zu stärken, um weiterhin soziale Unterstützung und damit Sicherheit durch die Gruppe zu bekommen. **Der Vorgang der Selbstbeschuldigung wäre somit als eine Art «Unterwerfung» anzusehen, welche die Gruppe wieder freundlich stimmt und die soziale Identität der Gruppe sichert.**

Ziel muss aber aus unserer Sicht genau der umgekehrte Ansatz sein: in einer «reifen» Sicherheitskultur (z. B. in sogenannten High Reliability Organisations) wird die Norm der «Fehlerfreiheit» gezielt ersetzt durch eine Norm der «Akzeptanz von Fehlern» und des psychologisch, sozial und führungstechnisch konstruktiven und lernorientierten Umgangs mit Fehlern. In einer solche Kultur wird gerade das «Nicht-Reden» über Fehler zu einem ächtenswerten Verhalten. In der Fliegerei wird beispielsweise das Nicht-Melden und Reflektieren von Fehlern sanktioniert, weil das Melden und Reflektieren von Fehlern ein essentielles Überlebensprinzip für alle darstellt.

Implikationen für Führungspersonen:

Fehler gefährden das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe, solange die implizite oder explizite Gruppennorm des fehlerfreien Handelns besteht. Wenn der Fehlerverursacher sich alleine die Schuld für den Fehler gibt, kann dies geschehen, um die soziale Unterstützung der Gruppe sicherzustellen. Sprechen Sie mit ihren Teammitgliedern über bestehende Normen und machen sie sie auf die second victim-Problematik aufmerksam. Wird eine Person als «Sündenbock» dargestellt, müssen Sie eingreifen und durch Teamgespräche Raum für einen Perspektivenwechsel mit differenzierterer Problembetrachtung und systemischer Problemanalyse (siehe unten) ermöglichen.

Attributionstheorie – «Du bist schuld.»

Aus Sicht der Attributionstheorie, lässt sich die beschriebene Dynamik der Schuldzuweisung noch unter einem anderen Aspekt betrachten:

Die Attributionstheorie beschäftigt sich damit, wie Menschen als sogenannte «naive Wissenschaftler» ihr eigenes Verhalten sowie das Verhalten einer anderen Person oder Gruppe erklären bzw. welchen Faktoren sie es zuschreiben (22). Attribution erfolgt nicht immer. **Menschen versuchen besonders dann, Erklärungen für Verhalten zu finden, wenn etwas Unerwartetes passiert, das mit Kontrollverlust und mit negativen Emotionen einhergeht.**

Generell kann ein Ereignis wie z. B. ein Fehler **internen** Persönlichkeitsfaktoren oder **externen** Systemfaktoren zugeschrieben werden. Des Weiteren wird in der Attributionsforschung unterschieden, ob die zugeschriebenen Faktoren stabil oder instabil und ob sie global oder spezifisch sind, darauf wird hier aber nicht weiter eingegangen.

Es konnte in vielen Untersuchungen gezeigt werden, dass **Menschen dazu neigen, Verhalten so zu erklären, dass es ihrem Selbstwert dienlich ist (selbstwertdienlicher Attributionsbias)**. Demnach neigen Handelnde dazu, eigenes Misslingen äusseren Faktoren zuzuschreiben (z. B. «Die Behandlung ist nicht gut gelaufen, da der Patient nicht compliant war») und eigenes Gelingen auf innere Faktoren zurückzuführen (z. B. «Meine Behandlung hat bestens geklappt, ich habe mich eben gut vorbereitet»). Aus der Beobachterperspektive erfolgt die Zuschreibung genau anders herum: Misserfolge des Anderen werden auf interne Persönlichkeitsfaktoren des Verursachers zurückgeführt (z. B. «Bei ihm verlief die Behandlung erfolglos, er hat sich auch nicht an das Schema gehalten»). Wohingegen Erfolge des Anderen auf äussere Faktoren attribuiert wird (z. B. «Sie hatte Erfolg mit der Behandlung, es war halt ein idealer Patient»).

Laut dieser Theorie müsste der Fehlerverursacher also zunächst versuchen, äussere Gründe für den Fehler zu finden, um so sein Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten. In den Fokusgruppen und im Literaturüberblick fällt aber auf, dass die Verursacher gerade andersherum funktionieren, die eigenen Defizite also als Ursache des Fehlers ansehen. Dies entspricht also einer selbstwertschädigenden Zuschreibung. Warum dies gerade in unserem Kontext so ist, ist zu diskutieren.

Es ist anzunehmen, dass viele kleinere Fehler im Sinne der selbstwertdienlichen Zuschreibung auf äussere Faktoren zurückgeführt werden und vom Verursacher im Rahmen einer Befragung zu second victims nicht als Fehler genannt werden. Bei schwereren Fehlern, die sich nicht «unter den Teppich kehren» lassen, greift möglicherweise ein anderer Mechanismus, der in der Attributionstheorie als **«erlernte Hilflosigkeit»** bezeichnet wird. Dies ist ein aus Tierexperimenten gewonnenes Konzept innerhalb der Attributionsforschung, das zur Erklärung der Entstehung von Depressionen verwendet wird. Unter der erlernten Hilflosigkeit versteht man einen Zustand, der durch

Hilflosigkeit und negative Emotionen gekennzeichnet ist. Dieser Zustand tritt dann auf, wenn Lebewesen in vorherigen Situationen gelernt haben, dass ihre Reaktionen keinen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Erfahrung der Hilflosigkeit mit Kontrollverlust wird bei ähnlichen Situationen zu einer festen Erwartung. In dieser Situation versucht der Verursacher erst gar nicht etwas zu unternehmen, da er die Erfahrung gemacht hat, dass es nichts bringt. Auf unser Thema bezogen könnte man daraus ableiten, dass z.B. im Rahmen der Lernerfahrung während der Ausbildung zum Arzt oder zur Pflegeperson die Erfahrung gemacht wurde, dass bei einem schweren Fehler niemand mehr zu einem steht und man den Fehler allein tragen muss. Diese erlebte oder beobachtete Erfahrung kann dazu führen, dass in einer ähnlichen Situation mit Hilflosigkeit und Selbstbeschuldigung reagiert wird.

In der Attributionstheorie wird also beschrieben, wie Zuschreibung besonders nach unvorhergesehenen Ereignissen erfolgt und wie bei der Zuschreibung eine Wahrnehmungsselektion zugunsten der Aufrechterhaltung des Selbstwertes geschieht. Es konnte gezeigt werden, dass die beschriebenen Attributionsvorgänge (bei Beobachtern) zunächst in einer schnellen, automatischen kognitiven Reaktion ablaufen und dabei persönlichkeitsbezogene interne Gründe für einen Fehler beim Verursacher gesucht werden, dass sozusagen **die Beschuldigung einer Einzelperson nach einem Fehler einer kognitiven «automatischen» Eigendynamik folgt**. Es bleibt aber nicht zwingend bei der «automatischen» Reaktion. **Personen oder Gruppen sind in einem nächsten Schritt durchaus in der Lage, unter einem grösseren kognitiven Aufwand eine situative Korrektur vorzunehmen, also darüber nachzudenken, welche äusseren, situationsbezogenen Faktoren bei dem Fehler eine Rolle gespielt haben könnten.**

Diese Erkenntnis ist aus unserer Sicht wichtig, da sie zeigt, dass ein Perspektivenwechsel bei der Betrachtung eines Fehlers möglich ist. Dies ist aber mit einem grösseren Aufwand verbunden, der nicht von alleine, sondern nur unter Hilfe von zusätzlichen zeitlichen und strukturellen Ressourcen abläuft.

Implikationen für Führungspersonen:

Rechnen Sie bei sich und bei den Teammitgliedern nach erfolgtem Fehler als erste Reaktion mit einer Schuldzuweisung. Das menschliche Denken sucht bei Unvorhergesehenem sofort nach Ursachen. Die Schuldzuweisung an eine andere Person entspricht einem kognitiven Automatismus und erfolgt schnell. Soll es nicht bei der Schuldzuweisung bleiben, braucht es zusätzliche Ressourcen auf kognitiver und struktureller Ebene. Ein Teamgespräch, in dem z.B. nach fehlerbegünstigenden Faktoren gefragt wird, kann einen Perspektivenwechsel im Team auslösen.

7.5 Interventionen gegenüber dem Team und präventive Massnahmen

Systemdenken - «From blame culture to systems thinking»

In den letzten Jahren wurde im Umgang mit medizinischen Fehlern zunehmend versucht, den Blick von der individuellen Schuldzuweisung (blame culture) auf eine Systembetrachtung zu wenden (system culture). Wie wir gesehen haben, entspricht die «blame culture» dem menschlichen Bedürfnis, nach einem unerwarteten Ereignis eine rasche Beantwortung der «Warum»-Frage zu bekommen. Die Suche nach dem «Warum» passiert sehr schnell, sozusagen automatisch und die Beschuldigung einer anderen Person ist für das menschliche Denken gleichsam mit dem geringsten Aufwand verbunden.

Manche Fragen lassen sich ausreichend mit einem einfachen Ursache-Wirkungs-Prinzip beantworten. Komplexere Zusammenhänge, wie der Arbeitsprozess in einem Team oder ein Fehler innerhalb einer Handlungskette, lassen sich jedoch nicht ausreichend durch einfache Kausalzusammenhänge verstehen, geschweige denn verändern. Was steckt nun hinter der geforderten Systembetrachtung? Um dies annähernd zu verstehen, müssen wir uns der Grundidee des systemischen Denkens zuwenden.

Die allgemeine Systemtheorie war von Anfang an eine Metatheorie, die eine Integration von verschiedenem Wissen anstrebte, indem sie gemeinsame Gesetzmässigkeiten der verschiedenen Wissensgebiete herauszuarbeiten versuchte (23). Heute wird system-

theoretisches Denken in unterschiedlichen Bereichen angewandt wie z.B. Organisationsberatung, Psychotherapie, Biologie, Informationswissenschaften, Mathematik.

Es existiert inzwischen eine Vielzahl an unterschiedlichen theoretischen Strömungen. An Gemeinsamkeit haben diese, dass sie sich mit Systemen und ihren Funktionsweisen beschäftigen (20). Ein System wird hierbei als eine Einheit verstanden, die zwar bestimmte Elemente als Voraussetzung hat, aber mehr als nur die Summe dieser Elemente ist. Eine lebendige Zelle ist z.B. mehr als die Summation der einzelnen Organellen und Zellbestandteile. Ein System kann alles Mögliche sein, z.B. eine Zelle, ein H₂O-Molekül, ein Heizsystem, ein Organ, ein Mensch, ein Arbeitsteam, eine Gesellschaft, eine Organisation. Ein System ist also nicht fest definiert, sondern es kann alles sein, was eine Struktur und eine Funktion hat, bzw. es lässt sich alles unter diesem Aspekt betrachten. Unter Struktur werden die Regelmässigkeiten innerhalb eines Systems bezeichnet, die dem System eine gewisse zeitlich begrenzte Stabilität geben (z.B. Zellwand, Zellkern, Organellen usw.). Unter Funktion versteht man den Beitrag der Elemente zur Erhaltung des Systems z.B. Rückkopplungsprozesse, Zellteilung u.a.. Was nicht zum System gehört, ist Umwelt des Systems und also solche komplexer als das System selbst.

Was lässt sich aus der Systemtheorie im Umgang mit second victims herleiten? Einerseits wenig, da die Systemtheorie keine Aussagen über Einzelpersonen mit ihrem Leiden macht. Andererseits kann ein systemtheoretisches Denken, bei dem der Blick auf die bedingenden Strukturen und die Vielzahl der sich bedingenden Faktoren gerichtet wird, gerade für die Einzelperson eine starke Entlastung nach einem Fehler darstellen, da sie als Schuldige nicht mehr vorkommen. Ausserdem kann sich diese Betrachtungsweise präventiv auf die Entstehung von Fehlern auswirken. Bei dieser systemischen Betrachtungsweise ist ein Fehler ein Zeichen dafür, dass das System so konstruiert ist, dass dieser Fehler passieren kann «Every system is designed to get the results it gets» (24). Es liegen also primär Systemfehler zugrunde und nicht individuelle Fehler. Diese Sichtweise hat inzwischen auch zu Kritik geführt, da die individuelle Verantwortung, die z.B. ein Arzt bei der Behandlung eines Patienten trägt, nicht vorkommt. Inzwischen beschäftigt sich die Patientensicherheitsbewegung nicht mehr nur primär mit dem Gegensatz zwischen «blame-» und «no

blame-» Kultur, da diese Dualität die Spannung zwischen Systemsicht und persönlicher Verantwortlichkeit zu wenig differenziert berücksichtigt. Der neu im Zentrum stehende Begriff ist die «just culture». Bei der «just culture» wird sowohl die systemische Perspektive als auch die individuelle Verantwortlichkeit berücksichtigt (25). Ziel ist eine offene Lernkultur, in welcher der Umgang mit Fehlern in die Betriebskultur integriert ist und gleichzeitig von den Mitarbeitern Verantwortlichkeit erwartet und auch eingefordert wird.

Die hier sehr vereinfacht dargestellte Systemtheorie ist in der Grundidee zwar schlüssig, in der Literatur wird sie teilweise sehr komplex und auf einem hohen Abstraktionsniveau ausgeführt. In der praktischen Anwendung hat sich das systemtheoretische Denken jedoch als sehr hilfreich und praxisnah erwiesen und viele Berater und Therapeuten bedienen sich der bestehenden Methoden. Auch im Umgang mit der second victim-Problematik können wir Elemente in der Anwendung z.B. einer Fehleranalyse verwenden. Was macht z.B. ein Berater oder ein Therapeut, wenn er systemtheoretisch arbeitet? Eine relevante Charakteristik ist, dass er andere Fragen stellt (26). Die Fragen gehen davon aus, dass **jedes Verhalten und jeder Ablauf innerhalb eines Systems Sinn macht. Der Sinn besteht oft in den wechselseitigen Beziehungsmustern.** Die gestellten Fragen zielen darauf ab, diese Beziehungs- und Vernetzungsmuster besser erfassen zu können, als lediglich mit einfachen «Warum»-Fragen möglich wäre. Eine zentrale Frage bei der sogenannten systemischen Fehleranalyse, ist die Frage nach den Faktoren, die innerhalb des Systems das Auftreten des Fehlers begünstigt haben. Bei systemischen Fehleranalysen, wie sie z.B. von der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt werden («Error and Risk Analysis» (11)), werden detailliert die Einzelaspekte der organisatorischen und technischen Abläufe, der Strukturen sowie der stattgefundenen menschlichen Interventionen inkl. deren zugrundeliegenden Gedankenabläufen und Emotionen zergliedert und hinsichtlich fehlerbegünstigender Faktoren analysiert, um dann systemische Veränderungsmaßnahmen abzuleiten, die einen relevanten Unterschied *im System* darstellen.

Ziel ist es, die Abläufe so zu gestalten, dass es schwer wird, den auslösenden Fehler erneut zu machen. Das heisst, dass durch die systemische Analyse nicht nur eine Aufarbeitung eines gewesenen

Fehlers angestrebt wird, sondern dass dadurch eine Fehlerprävention angestrebt und auch erreicht wird. Im Kasten 6 sind einige mögliche Fragen mit systemischer Perspektive dargestellt, die sich sowohl für Fehleranalysen im Team als auch im Gespräch mit der verursachenden Person eignen. (siehe Kasten 6)

Implikationen für Führungspersonen:

Aus systemischer Sicht ist ein Fehler nicht ein individuelles Versagen sondern ein Ausdruck für die zugrundeliegende Struktur sowie die bestehenden Interaktionsmuster. Versuchen Sie bei der Analyse eines Fehlers das Wissen ihres Teams zu nutzen und stellen sie Fragen, die der Komplexität von Abläufen Rechnung tragen. Bei schwerwiegenden Fehlern, ist eine fachgerechte Fehleranalyse erforderlich. Unterbinden Sie jede Form von Mobbing, treten Sie Beschuldigungen differenziert und klar entgegen.

7.6 Implikationen für Führungspersonen zusammengefasst

Im Folgenden werden die aus den Theorien und Modellen abgeleiteten Kernaussagen für die Führung zusammengefasst. Sie sollten im Umgang mit Mitarbeitern nach einem Fehler berücksichtigt werden.

Stressmodell von Lazarus und Folkmann

Ein Fehler kann bei dem Verursacher mit einer erheblichen Stressreaktion einhergehen, bei der die Bewältigungsmechanismen der Person aktiviert werden. Stellen Sie als Führungsperson Ressourcen zur Verfügung, die eine aktive Bewältigung ermöglichen. Zu einer aktiven Bewältigung gehört sowohl die problembezogene Bewältigung als auch die emotionsbezogene Bewältigung. Eine missglückte Bewältigung erzeugt Distress und geht bei längerem Anhalten mit vermehrtem Auftreten von psychischen und auch von somatischen Erkrankungen einher – mit Folgen auch für die Performance des Mitarbeiters.

Gespräch als Intervention

Nach erfolgtem Fehler und eingetretener Stressreaktion ist das Gespräch mit einer Vertrauensperson ein zentrales Element zur Wiedererlangung der psychischen Balance. Das betriebsinterne Gesprächsangebot sollte in abgestufter Weise möglich sein und auf die Bedürfnisse direkt nach dem Ereignis und bei be-

Kasten 6:

Mögliche systemische Fragen nach einem Fehler

Welche Faktoren innerhalb des Systems haben das Auftreten des Fehlers begünstigt?

Wann, wann nicht zeigt sich das Problem?

Was darf bei Ihnen/im Team etc. nicht angesprochen werden?

Woran würden Sie erkennen, dass das Problem gelöst ist?

Was könnte man tun, um das Problem noch zu verstärken?

Was wäre das erste Anzeichen dafür, dass sich etwas ändert?

Wie erklären Sie sich, dass es manchmal entsteht und manchmal nicht?

Wie würde ein aussen stehender Beobachter die Situation beschreiben?

reits entwickelter second victim-Symptomatik (anhaltender Stressreaktion) eingehen. Bei fortbestehendem Stresserleben ist ein externes geschäfts-therapeutisches Angebot nötig.

Salutogenese und Kohärenzgefühl

Menschen bringen eine sehr unterschiedliche «Kohärenzausstattung» mit und können Stressereignisse wie Fehler unterschiedlich gut bewältigen. Laut der Salutogeneseforschung stabilisiert sich das Kohärenzgefühl, wenn wir nach einem Stressor (Fehler) verstehen können, was genau passiert ist (Verstehbarkeit), uns überlegen, was in Zukunft anders gemacht werden kann (Handhabbarkeit) und dem Gewesenen einen Sinn geben können z.B. als Beitrag zur Qualitätsverbesserung (Sinnhaftigkeit). Es ist eine zentrale Führungsaufgabe, dies zu ermöglichen und zu unterstützen.

Zudem werden weitere zentrale Faktoren genannt, welche im Sinne der allgemeinen Kohärenzstärkung präventiv wirksam sein können und ebenfalls führungstechnisch relevant sind: Unterstützung durch Vorgesetzte, Mitbestimmung bei Entscheidungen, Aufgabenvielfalt und Tätigkeitsspielraum.

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein entscheidender Faktor bei der Stressbewältigung. Menschen sind nach einem Fehler besonders auf die soziale Unterstützung durch Teammitglieder und Vorgesetzte angewiesen. Etablieren Sie Strukturen, in denen soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Teammitglieder nicht dem Zufall überlassen bleiben sondern in einem vorseh- baren Ablauf eingebettet sind.

Gruppennorm und Kohärenzgefährdung

Schwere Fehler gefährden das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe, solange fehlerfreies Handeln eine implizite oder explizite Gruppennorm darstellt. Wenn sich der Fehlerverursacher alleine die Schuld für den Fehler gibt, kann dies geschehen, um die soziale Unterstützung der Gruppe sicherzustellen. Sprechen Sie mit ihren Teammitgliedern über bestehende Normen und machen Sie sie auf die second victim-Problematik aufmerksam. Wird eine Person als «Sündenbock» dargestellt, müssen Sie eingreifen und durch Teamgespräche Raum für einen Perspektivenwechsel mit differenzierterer Problembetrachtung und systemischer Problemanalyse ermöglichen.

Attributionstheorie

Rechnen Sie bei sich und bei den Teammitgliedern nach erfolgtem Fehler als erste Reaktion mit einer Schuldzuweisung. Das menschliche Denken sucht bei Unvorhergesehenem sofort nach Ursachen. Die Schuldzuweisung an eine andere Person entspricht einem kognitiven Automatismus und erfolgt schnell. Soll es nicht bei der Schuldzuweisung bleiben, braucht es zusätzliche Ressourcen auf kognitiver und struktureller Ebene. Ein Teamgespräch, in dem z.B. nach fehlerbegünstigenden Faktoren gefragt wird, kann einen Perspektivenwechsel im Team auslösen.

Systemtheorie

Aus systemischer Sicht ist ein Fehler nicht ein individuelles Versagen, sondern ein Ausdruck für die zugrundeliegende Struktur sowie die bestehenden Interaktionsmuster. Versuchen Sie bei der Analyse eines Fehlers das Wissen ihres Teams zu nutzen und stellen sie Fragen, die der Komplexität von Abläufen Rechnung tragen. Bei schwerwiegenden Fehlern, ist eine fachgerechte Fehleranalyse erforderlich. Unterbinden Sie jede Form von Mobbing, treten Sie Beschuldigungen differenziert und klar entgegen.

7.7 Literatur

- (1) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinischdiagnostische Leitlinien von Weltgesundheitsorganisation WHO und Horst Dilling et al. (Hrsg.) von Huber 2009.
- (2) Psychembel klinisches Wörterbuch 261. Auflage, 2007.
- (3) Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. MBI: The Maslach Burn-out Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
- (4) Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993 May-Jun;55(3):234-47.
- (5) Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997 Oct;45(8):1207-21.
- (6) Heim E, Augustiny KF, Balsler A, et al. Die Berner Bewältigungsformen (BRFO). Huber, Bern 1991.
- (7) Carver CS, Pozo C, Harris SD, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993 Aug;65(2):375-90.
- (8) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):325-30.
- (9) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233-240.
- (10) Dick M, Wehner T. The Triad Conversation as a Method of Transforming Local Experience into Shared Knowledge. In N. Gronau (Ed.), 4th Conference on Professional Knowledge Management – Experiences and Visions (2007). (pp. 277-284). Berlin: GITO-Verlag.
- (11) Stiftung für Patientensicherheit.: <http://www.patientsicherheit.ch> (last accessed May 18, 2010).

-
- (12) Everly G.S., Mitchell J.T. CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen – ein neuer Versorgungsstandard bei Notfällen, Krisen und Katastrophen. Facultas-Univ.-Verl., Wien 2002.
- (13) Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke, Tübingen 1997.
- (14) Mc Sherry, W.C., Holm, J.E. Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. In: Journal of Clinical Psychology 1994; 50:476-487.
- (15) Lundberg, O. Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relation. Social Science & Medicine 1997;44, 821 – 831.
- (16) Frommberger U. et al. Der Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen In: Schüffel Wolfram u.a.(Hg): Handbuch der Salutogenese 1998. Wiesbaden 337 – 340.
- (17) Rimann M, Udriș I. «Kohärenzerleben» (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource. In: W. Schüffel u.a. (Hrsg.). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden 1998; 351 – 364.
- (18) Cohen S, Sime SL. Social support and health. New York: Academic Press 1985
- (19) Stroebe W, Jonas K, Hewstone MR, Reiss M. Sozialpsychologie. Eine Einführung. Springer-Verlag GmbH 2002.
- (20) Buddeberg C. Psychosoziale Medizin. Springer 2003.
- (21) Schäfers B. Einführung in die Gruppensoziologie. Geschichte, Theorien, Analysen. UTB 2002.
- (22) Stroebe W, Jonas K, Hewstone MR, Reiss M. Sozialpsychologie. Eine Einführung. Springer-Verlag GmbH 2002.
- (23) Baecker D. Schlüsselwerke der Systemtheorie. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005.
- (24) O'Connor GT. Every system is designed to get the results it gets. BMJ. 1997 Oct 11;315(7113):897-8.
- (25) Wachter RM, Pronovost PJ. Balancing «no blame» with accountability in patient safety N Engl J Med. 2009;361:1401-1406.
- (26) Simon F.B., Rech-Simon C. Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch. Carl-Auer Verlag 2007.

8 Konzeptioneller Rahmen für den betriebsinternen Umgang mit Fehlern

Die wissenschaftliche Evidenz aus der Literatur und den Fokusgruppen und die psychologische Betrachtung geben wichtige und grundsätzliche Hinweise darauf, welche Bedingungen für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern geschaffen werden müssen. Es geht beispielsweise darum, wie und mit welchen Massnahmen «Sprechen und Zuhören» – eine der wichtigsten Unterstützungsreaktionen, wie Studien belegen – in einer Gesundheitsinstitution von dem «zufälligen Aufeinandertreffen» einzelner Personen abstrahiert, institutionalisiert und systematisch etabliert werden kann.

International sind wenig systematische Ansätze verfügbar, die im Sinne einer «Blaupause» für diesen Transfer- und Konkretisierungsprozess übernommen werden könnten. Deshalb wurden gemeinsam mit Experten der Organisationsentwicklung, der Psychiatrie und Psychotherapie und der ärztlichen Führung ein Modell, konkrete Handlungsempfehlungen und Massnahmenvorschläge erarbeitet.

8.1 Modell

Ausgehend von den Erkenntnissen des Literaturreviews und der Fokusgruppen lassen sich Ziele, Anforderungen und Rahmenbedingungen an den betriebsinternen Umgang mit Fehlern beschreiben. Dies führt zum folgenden Modell. (siehe Abb. 8)

Beschreibung des Modells:

Die Beteiligung an einem Fehler führt zu Belastungen. Diese Belastungen führen zu spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen der Betroffenen. Um diesen Anforderungen und Bedürfnissen gerecht zu werden, sind drei Grundlagen wichtig:

- Wissen und Sensibilisierung: Kader, Kollegen und Mitarbeitende müssen sich der Problematik bewusst sein.

- Commitment und Leadership der Führung: Kader müssen die Problematik als Führungsaufgabe verstehen. Sie müssen klar signalisieren, dass sie sich dem Thema proaktiv widmen – sowohl vorbereitend, als auch in akuten Situationen.
- Entwicklung und Übung: Die erforderlichen Bedingungen und Kompetenzen im Betrieb (Verhalten, Strukturen) müssen bewusst entwickelt und geübt werden.

Auf Basis dieser drei Säulen können das geeignete Verhalten aller direkt und indirekt Beteiligten und die unterstützenden Strukturen entwickelt und etabliert werden.

All diese Elemente zusammen sind die Grundlage für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern im Betrieb. Die Elemente des Modells beeinflussen sich gegenseitig: So beeinflussen sich z.B. unterstützende Strukturen und das Verhalten wechselseitig. Auch zwischen der Ebene «Verhalten – Strukturen» und der Ebene der drei Säulen «Wissen und Sensibilisierung – Commitment und Leadership – Entwicklung und Übung» bestehen Wechselwirkungen. **Verhalten und unterstützende Strukturen sind das eigentliche Ziel von Veränderungsmassnahmen und Instrumenten, durch die der konstruktive Umgang mit Fehlern in den Betrieben verbessert, und in der Konsequenz die Belastungssituation der betroffenen Mitarbeitenden reduziert werden soll.**

Folgende Aspekte des Modells seien besonders betont:

- Die Sensibilisierung und das Wissen zum Thema betriebsinterner Umgang mit Fehlern beeinflussen das Verhalten. Wer die Problematik kennt, geht mit grösserer Wahrscheinlichkeit umsichtig mit «betroffenen» Kollegen um oder führt solche Krisensituationen adäquater. Als direkt Betroffener «Täter» weiss man besser, was «mit einem geschieht» und wie man damit umgehen kann.
- Sensibilisierung und Wissen sind gerade auch bei Kadern die Grundlage dafür, dass sie die Thematik aktiv angehen, innerbetriebliche Vorbereitungen treffen und in der akuten Situation führungstechnisch souverän und angemessen reagieren können.
- Der konstruktive Umgang mit Fehlern und besonders der Umgang mit «second victims» ist nicht etwas, was man «einfach so kann». Die gezielte Entwicklung von Verhalten und Strukturen sind wichtig. Gerade das Verhalten muss bewusst geübt werden.

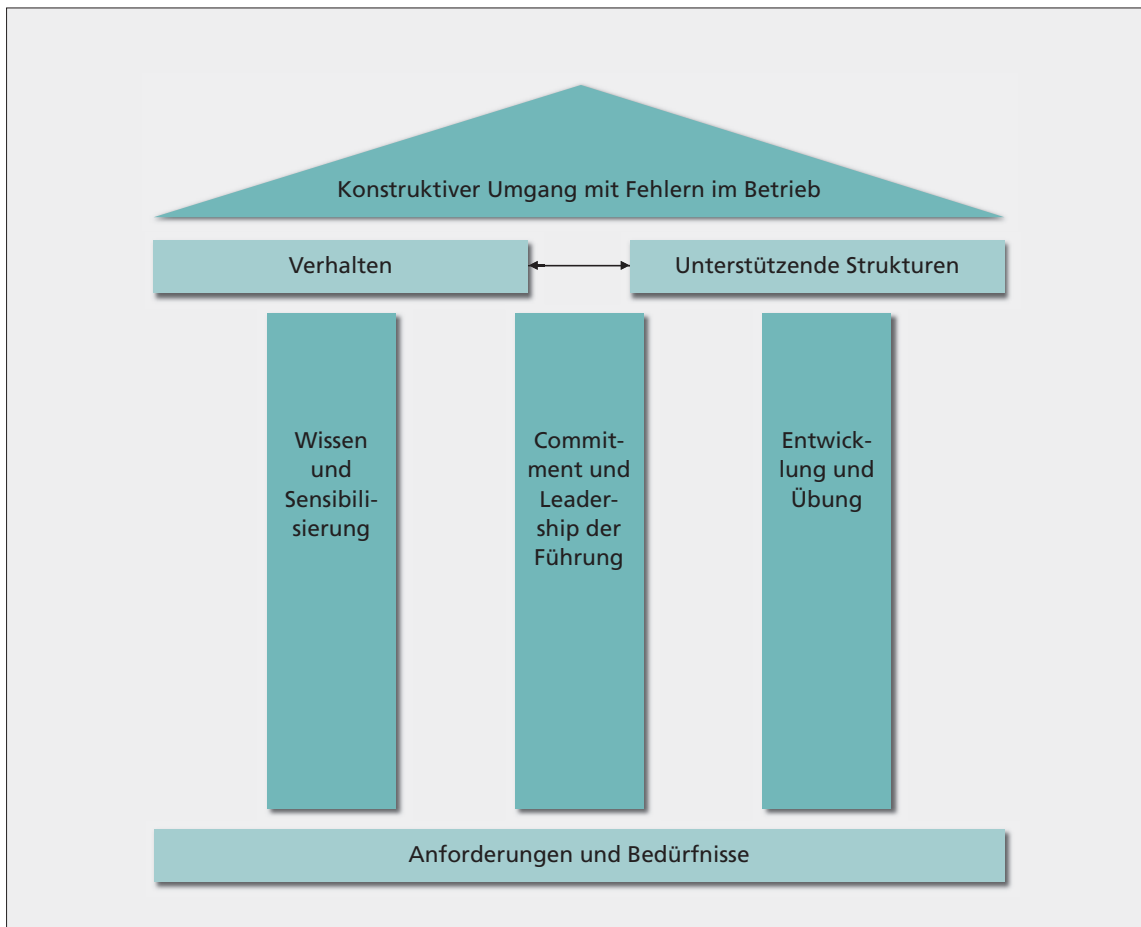


Abb. 8: Drei-Säulen-Modell für den betriebsinternen Umgang mit Fehlern

- Nicht nur das Verhalten ist wichtig. Geeignete Strukturen und organisatorische Elemente (klares Konzept, geregelte Verantwortlichkeiten, Unterstützungsstrukturen, Checklisten, etc.) sind genau so bedeutende Grundlagen, die allen Beteiligten helfen, solche Situationen konstruktiv zu bewältigen.
- Verhaltensweise und Strukturen müssen Mitarbeiter auf sachlicher und emotionaler Ebene unterstützen, den Fehler zu bewältigen und zu verarbeiten.
- Verschiedene Dimensionen bestimmen die Angemessenheit von Verhaltensweisen und aktuell notwendigen unterstützenden Strukturen. Eine «one size fits all»-Strategie wird der Individualität der Problematik nicht gerecht. Reaktionen und Massnahmen müssen auf verschiedene Konstellationen ausgerichtet und situativ konfektionierbar sein.
- Der konstruktive und bewältigungsorientierte Umgang mit Fehlern ist ein zentraler Bestandteil einer betriebsinternen Sicherheitskultur. Entwicklungs- und Veränderungsmaßnahmen sollen auf die Entwicklung dieser Kultur wirken.
- Die Sensibilisierung zum Thema Fehlerkultur und Umgang mit Zwischenfällen sollte bereits wesentlich in der Grundausbildung aller Mitarbeiter in medizinischen und pflegerischen Berufen beginnen und erfolgen.

8.2 Zweckmässigkeit und Angemessenheit der Reaktion

Das vorgestellte Modell beschreibt, wie ein konstruktiver Umgang mit Fehlern erreichbar ist. Die Zweckmässigkeit und Angemessenheit von konkreten Verhaltensweisen, Reaktionen und unterstützenden Strukturen ist stark abhängig von den Details und dem Kontext des Einzelfalls. Nicht jeder Fehler in einem Team benötigt zu jedem Zeitpunkt die gleichen Reaktionen.

So zeigten die wissenschaftliche Aufarbeitung und die Fokusgruppen ein hohes Mass an Differenziertheit in den Bedürfnissen, Anforderungen, Perspektiven und Situationen der Betroffenen. Dies heisst, dass verschie-

dene Personen in unterschiedlichen Situationen und nach verschiedenen Arten von Fehlern jeweils andere Unterstützung benötigen. *Verschiedene Dimensionen* bestimmen, welche Reaktionen, Verhaltensweisen und Massnahmen zweckmässig und angemessen sind. Die Dimensionen müssen demnach bei der Umsetzung von konkreten Massnahmen berücksichtigt werden. Die wichtigsten Dimensionen sind:

1. *Der Bezug zum potentiellen Ereignis*, in welcher Funktion oder Rolle also ein Individuum mit dem Ereignis konfrontiert ist oder sein kann (bspw. eigene Beteiligung mit variierendem Verantwortungsgrad; Kollegen; Führungsverantwortung für Mitarbeiter).
2. *Die zeitliche Distanz* zum Ereignis, ob also ein akuter Handlungsbedarf direkt nach einem Ereignis besteht oder ob es sich um die hypothetische Vorbereitung auf ein möglicherweise eintretendes Ereignis handelt oder ob ein Ereignis bereits länger zurückliegt und dauerhaft zu Belastungen führt (kurz-, mittel-, langfristig).
3. *Die Schwere oder die Folgen des Ereignisses*, ob also eine Patientenschädigung eingetreten ist und falls ja, in welchem Ausmass oder ob andere Faktoren gegeben sind, die die Belastung der beteiligten Fach-

personen verstärken (z.B. Beteiligung von Kindern, hoher individueller Verantwortungsgrad, etc.).

Die Abbildung 9 verdeutlicht den Zusammenhang der drei Dimensionen, die bei konkreten Empfehlungen zum Inhalt und zum Format von Reaktionen berücksichtigt werden müssen. (siehe Abb. 9)

In Abhängigkeit von der zeitlichen Entwicklung, der Schwere des Ereignisses und dem Bezug zum Ereignis werden die Bedürfnisse der direkt beteiligten Fachpersonen variieren, und damit in der Konsequenz auch die Anforderungen an die Reaktionen von Kollegen und die Verhaltensweisen von Kaderpersonal. Daneben können weitere Faktoren bestimmend sein, wie beispielsweise die Berufsgruppen-Zugehörigkeit, der Ausbildungsstand der Beteiligten oder die Ursachen des Vorfalls.

8.3 Angriffspunkte

Die Frage ist nun: Woran kann man arbeiten? An welchen Angriffspunkten lässt sich der betriebsinterne Umgang nach Zwischenfällen konkret entwickeln? Ausgehend von dem oben beschriebenen Modell können solche «Angriffspunkte» oder Zielbereiche für Verbesserungsinterventionen, -instrumente und Entwicklungsmassnahmen definiert werden. Die Angriffspunkte gilt es, durch geeignete Interventionen

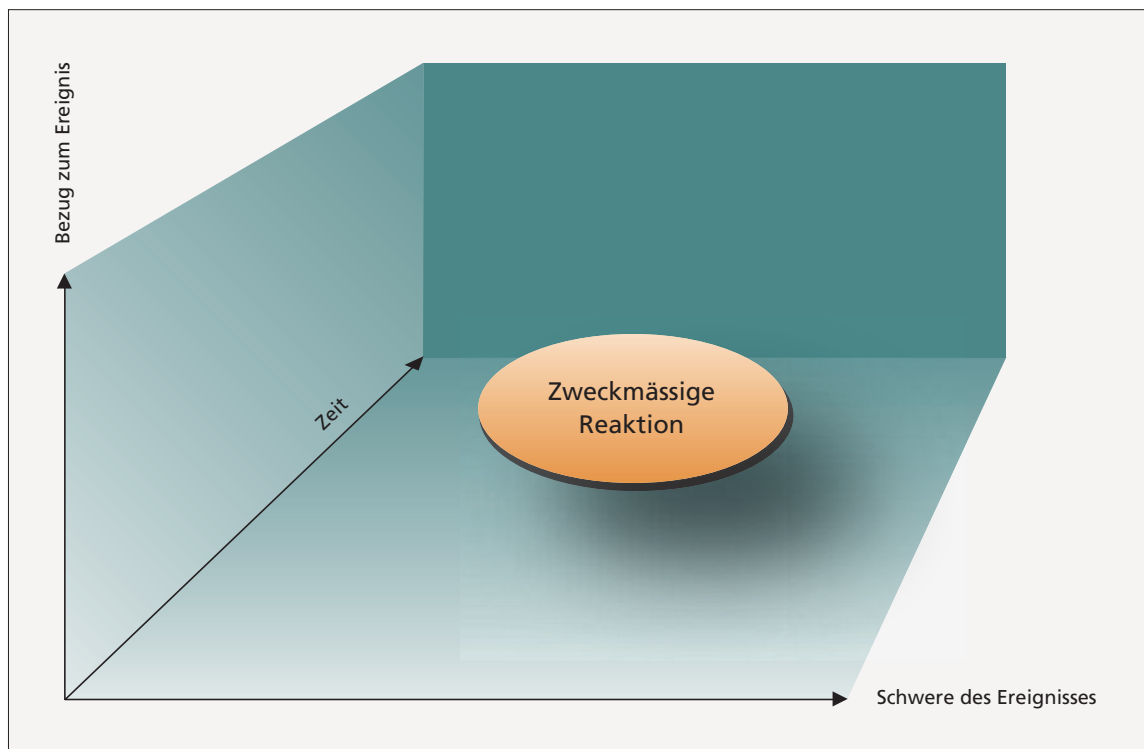


Abb. 9: Dimensionen, welche die Zweckmässigkeit und Angemessenheit von Reaktionen und Massnahmen bestimmen

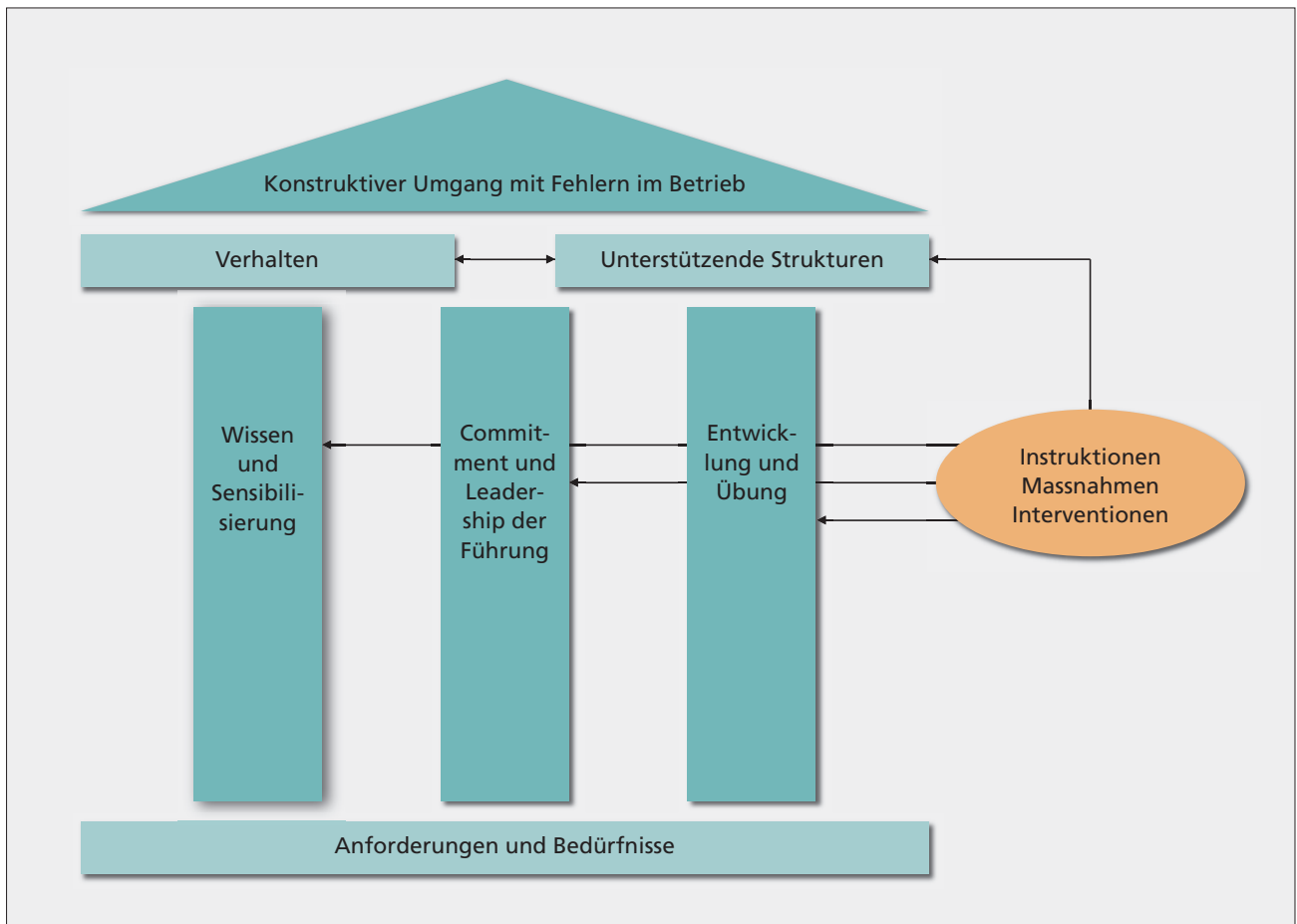


Abb. 10: Angriffspunkte für den betriebsinternen Umgang mit Fehlern

zu bearbeiten, um den konstruktiven Umgang mit Fehlern zu befördern und damit die Situation der Betroffenen zu verbessern. Dabei müssen jeweils die Dimensionen der Zweckmässigkeit und Angemessenheit reflektiert werden. **Um eine nachhaltige und systematische Kulturveränderung im betriebsinternen Umgang mit Fehlern zu erreichen, sind vier Angriffspunkte relevant:**

- die Sensibilisierung der Mitarbeitenden
- Commitment und Leadership der Führung
- die Entwicklung und Übung
- die Vorhaltung unterstützender Strukturen.

Das Verhalten lässt sich nicht direkt steuern. Verhalten ist das Ergebnis der Interventionen an diesen 4 Angriffspunkten. (siehe Abb. 10)

Die Angriffspunkte des Modells sind interdependent und können nur gemeinsam ihre Wirksamkeit entfalten. So wird der Aufbau organisationaler Strukturen zur Unterstützung von Mitarbeitenden

nach einem Fehler ineffektiv bleiben, wenn nicht gleichzeitig eine Sensibilisierung bei den Mitarbeitenden und ein Commitment der Führung vorhanden sind, welche die Integration und Nutzung dieser Strukturen im klinischen Alltag entwickeln, üben und unterstützen.

Welche konkreten Zielsetzungen sind nun mit den vier Angriffspunkten verbunden und welche geeigneten Veränderungs-Massnahmen lassen sich daraus ableiten?

Wissensvermittlung und Sensibilisierung: Ziel der Bewusstseinsbildung ist es, **alle aktuellen und zukünftigen Mitarbeiter im Gesundheitssystem auf die Problematik der Belastung durch Fehler adäquat vorzubereiten.** Die Mitarbeiter sollen sensibilisiert werden, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer der möglichen Rollen (als Beteiligter, als Kollege, als «Bystander», als Vorgesetzter, als in Ausbildung befindlicher Mitarbeiter) mit Fehlern und daraus folgenden emotionalen Reaktionen konfrontiert sein

werden. Hier gilt es insbesondere, die Aufmerksamkeit auf die im Gesundheitssystem kulturell stark verankerten Phänomene der Individualisierung und Rationalisierung zu lenken. Die «Normalität» aussergewöhnlicher emotionaler Reaktionen, wie Scham und Schuldgefühle, sollte praxisnah vermittelt werden. Hierfür sind Beispiele realistischer Situationen und die Schilderung persönlicher Erfahrungen von Klinikern besonders geeignet. Die Bedeutung des Austausches mit Kollegen («reden und zuhören» können) ist ein zentrales Element. Lösungsansätze, Verhaltensweisen und Hilfsangebote müssen aufgezeigt werden. **Geeignete Instrumente zur Vermittlung der genannten Inhalte können Schulungen, Rollenspiele, Informationsmaterialien und Methoden zur Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen sein.**

Commitment und Leadership der (klinischen) Führung: Die Führungspersonen, insbesondere jene im klinischen Bereich, nehmen eine zentrale Funktion für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern ein. Daher ist die Kompetenzentwicklung der Kaderpersonen von besonderer Bedeutung. Klinischen Führungspersonen sind im Umgang mit Fehlern gegenüber Mitarbeitenden vor allem drei Aufgaben zuzuordnen:

1. **Die aktive Unterstützung direkt betroffener Mitarbeiter:** In der akuten Situation im Nachgang auf einen Fehler stehen die klinischen Kaderkräfte in der Verantwortung, **die Belastungssituation des Mitarbeiters zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren.** Sie sind aufgefordert, die Situation des Mitarbeiters systematisch und proaktiv zu thematisieren. Passives Verhalten, wie zum Beispiel das Warten auf Kontaktaufnahme des Mitarbeiters, ist nicht zielführend. Dementsprechend sollten Führungspersonen nach einem Fehler auf die beteiligten Mitarbeiter aktiv zugehen, Gesprächsmöglichkeiten anbieten und den Vorfall aufarbeiten. In solchen Gesprächen können starke emotionale Reaktionen auftreten, die es aufzufangen gilt. **Wichtig sind eine eindeutige und klare Sprache.** Wenn es sich beispielsweise um einen Fehler handelt, so sollte dies auch entsprechend ausgedrückt werden. Ein «durchmogeln» ist langfristig für eine konstruktive Verarbeitung nicht hilfreich. Gerade in emotionalen Krisensituationen sind verlässliche und ein-eindeutige Kommunikation besonders wichtig. Zentrale Bedürfnisse von betroffenen Mit-

arbeitern nach einem Fehler sind **die Bestätigung der grundsätzlichen fachlichen Kompetenz, das Nachvollziehen und die Diskussion des (klinischen) Entscheidungsprozesses und die Bekräftigung des Selbstwertgefühls.** Ein gemeinsames Durchgehen der Prozesse, Entscheidungen und Handlungen, die zu einem Fehler geführt haben, können sehr wirksam sein, um diese Bedürfnisse zu erkennen und sich durch Feedback der Führungsperson **wieder einer realistischen Selbsteinschätzung anzunähern.** Gemeinsam mit dem betroffenen Mitarbeiter ist zu prüfen, ob und welchen weiteren Lern- oder Fortbildungsbedarf es gibt. Führungspersonen sollten gemeinsam mit dem betroffenen Mitarbeiter prüfen, ob die Delegation an weitere interne oder externe Stellen gewünscht oder erforderlich ist. Den verantwortlichen Führungspersonen kommt für diese Triage eine Schlüsselfunktion zu. Erneute Gesprächsangebote und die «Beobachtung» der Mitarbeiter zu späteren Zeitpunkten sind meist sinnvoll, auch mittel- und langfristig. **Häufig führen Verunsicherung, Angst vor erneuten Fehlern und Zweifel an der eigenen Kompetenz bei Betroffenen zu erhöhter Wachsamkeit und einem verstärkten Informationsverhalten.** Das heisst, dass der entsprechende Mitarbeiter besonders viele Vorkehrungen trifft, um seine klinische Entscheidungsfindung abzusichern. Dies kann sich in einer hohen Frequenz diagnostischer Massnahmen, in zunehmendem Selbststudium oder auch in häufigen Anfragen bei Kollegen und Vorgesetzten äussern. In einem gewissen Umfang sind dies Anzeichen für eine konstruktive Verarbeitung des Vorfalls und sollten temporär soweit möglich unterstützt oder sogar aktiv angeboten werden. So kann es sehr sinnvoll sein, dem betroffenen Mitarbeiter eine Rücksprache mit der Kaderperson in spezifischen klinischen Fällen vorzuschlagen. **Unbedingt zu beachten ist hierbei, dass der Mitarbeiter dies nicht als Sanktion oder weitere Verunsicherung erlebt.**

2. **Die Vorbildfunktion:** Eine der produktivsten und effizientesten Formen des Lernens ist die Orientierung an Vorbildern. In diesem Sinne sollten Kaderpersonen eigene Fehler und eigene Erfahrungen im Umgang mit solchen Krisensituationen offen kommunizieren. Mitarbeitende können so einerseits darauf vorbereitet werden, dass entsprechende Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sie selber einmal betreffen werden («Normalität des Ereignis-

ses») und **dass diese Tatsache nicht im Widerspruch zu einer erfolgreichen klinischen Tätigkeit steht.** Zum anderen lernen Mitarbeitende so die Erfahrungen und Einschätzungen ihrer Führungsperson kennen und werden Vertrauen gewinnen, sich bei eigener Beteiligung an einem Fehler an diese zu wenden. In den letzten Jahren konnten Erfolge erzielt werden, was die offene Kommunikation über «technische» Aspekte von Fehlern in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung angeht. Ein ebenso offener Umgang mit der psychosozialen Belastungssituation nach der Beteiligung an einem Fehler ist notwendig und wünschenswert. **Eine Reduktion auf die Tatsache, dass es zu Fehlern kommt, ohne die individuellen Reaktionen wie Emotionen, Schlaflosigkeit, vegetative Symptomatik zu thematisieren, ist kontraproduktiv.** Führungspersonen müssen sich bewusst sein, dass sie für jüngere Mitarbeiter ein Rollenmodell darstellen, und in erheblichem Masse den Umgang mit Fehlern prägen können.

3. Die Steuerungsfunktion im eigenen Verantwortungsbereich: Kaderpersonen haben die Möglichkeit und Pflicht, im eigenen Verantwortungsbereich Strukturen, Rahmenbedingungen und ein kulturelles Klima zu schaffen, welches den konstruktiven Umgang mit Fehlern im Team ermöglicht. Zunächst gehört hierzu die vorausschauende Entwicklung eines entsprechenden Konzeptes, wie mit Fehlern und den darauf folgenden Belastungssituationen im Team umgegangen wird. Es kann in Abhängigkeit von den individuellen Rahmenbedingungen auch sinnvoll sein, eine spezifische Checkliste für die akute Situation zu erarbeiten. Ein zentraler Aspekt im Verantwortungsbereich von Führungspersonen ist die Nutzung bereits existierender oder Schaffung neuer Strukturen für die Auseinandersetzung mit Fehlern in der Organisationseinheit (siehe auch Säule 3, «unterstützende Strukturen»). Hierzu gehören insbesondere Fallbesprechungen («Morbidity-Mortality»-Konferenzen) und Debriefings. **Dabei sollten diese Unterstützungsangebote soweit möglich in das klinische Arbeitsumfeld integriert werden.** Solche Anlässe sollten konsequent und sensibel für die Aufarbeitung von Fehlern genutzt werden. **Sanktionierungen, Blossstellungen, Demütigungen und Entwertungen sind dabei ebenso unbedingt zu vermeiden wie quasi-öffentliche Führungsgespräche.** Vielmehr geht es darum, den Vorfall,

seine Folgen, sowie fehlerbegünstigende Faktoren und Prozesse aufzuarbeiten und für Lernprozesse zu nutzen. Emotionale Aspekte und Belastungen können angesprochen werden, wenn dies das Klima und die individuelle Situation des Mitarbeitenden zulassen. Solche formalen Fallbesprechungen haben neben der Möglichkeit, Fehler im Team aufzuarbeiten insbesondere den Vorteil, dass sie einen Anknüpfungspunkt für informellen Austausch darstellen. Ein weiterer struktureller Aspekt kann die Weiterbildung in kommunikativen und sozialen Kompetenzen innerhalb des Teams sein. Für die Entwicklung eines positiven, förderlichen Klimas im Umgang mit Fehlern ist die explizite und stringente **Ächtung von «Sündenbock»-Mentalität, Mobbing und Entwertung von Mitarbeitern in der Folge von Fehlern innerhalb einer Organisationseinheit wichtig.** Führungspersonen müssen klar kommunizieren, dass **sie ein solches Verhalten in ihrem Verantwortungsbereich konsequent nicht tolerieren.** Auch hier ist wieder die Bedeutung klarer, eindeutiger Sprache zu betonen.

Unterstützende organisationelle Strukturen: Neben der Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen aller Mitarbeitenden und insbesondere des Kaderpersonals müssen unterstützende organisationelle Strukturen entwickelt und vorgehalten werden, die den Umgang mit Fehlern fördern und die Belastungen individueller Mitarbeiter mildern. Besonders bedeutsam ist die Einrichtung einer psychologischen Akuthilfe. **Notwendig ist die Vorhaltung einer internen oder externen Anlaufstelle für die Krisenintervention bei direkt betroffenen Mitarbeitern.** Ziel eines solchen niederschweligen Angebotes muss es sein, bei schweren Fehlern einer Traumatisierung entgegenzuwirken und den Bedarf einer weiteren Betreuung zu eruieren (Triage). Eine erste Triage kann möglicherweise auch durch eine «Hotline» erfolgen, bei der sich betroffene Personen anonym melden können. Neben der Akuthilfe sind Strukturen zu etablieren und zu fördern, die die **Sicherheitskultur im Betrieb grundsätzlich fördern.** Hierzu gehören die Etablierung von Fehlermeldesystemen, die Förderung der Teamzusammenarbeit, sowie die konsequente Aufarbeitung von Fehlern durch geeignete Methoden (bspw. Error&Risk Analysis, Root Cause Analysis, etc.). Angebote zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der Mitarbeitenden sowie die Auswahl und Unterstützung des Kaderpersonals in der Entwicklung von Kompetenzen müssen konsequent

in die betriebsinternen Strukturen und Prozesse integriert werden und führen so mittelfristig zu einer verlässlichen und nachhaltigen Durchdringung des gesamten Betriebes. **Schlussendlich sollte die Karriereentwicklung von Führungspersonen mit dem Erwerb entsprechender Qualifikationen verknüpft werden.** Das heisst, dass gerade bei der Entwicklung und Auswahl von Kadern den hier geforderten Qualifikationen eine stärkere und strategische Gewichtung zu geben ist. Die vermittelten Inhalte zum konstruktiven Umgang mit Fehlern müssen sich grundsätzlich in der Politik der jeweiligen Institution widerspiegeln und von den Führungspersonen aktiv getragen und vertreten werden.

Entwicklung und Übung: Der Umgang mit Fehlern im Betrieb muss kontinuierlich trainiert werden. Verhaltensweisen, angemessene Reaktionen und die Erprobung von hilfreichen Strukturen können nicht durch einmalige Interventionen installiert werden sondern benötigen langfristige Entwicklungsmöglichkeiten. Soziale Kompetenz und Kommunikation innerhalb der Teams und im Gesamtbetrieb entwickeln sich mit der Erfahrung und Übung im Alltag weiter, werden adaptiert und verändern sich im Zusammenspiel mit Strukturen und Ereignissen. Daher gehören das Controlling und das Monitoring dieses Prozesses zu den elementaren Führungsaufgaben.

Auch Führungspersonen sollten reflektieren, dass auch sie selber, besonders bei schweren Fehlern, mit dem Management der Situation überfordert sein könnten. Möglicherweise ist es sinnvoll, für solche Fälle eine Supervision vorzusehen. Unbedingt sollten Kaderpersonen den Umgang mit Fehlern und die Unterstützung der Mitarbeiter als Herausforderung begreifen, für deren Bewältigung Lern- und Erfahrungsprozesse notwendig sind. **Das Erkennen der Notwendigkeit, sich entsprechende Kompetenzen anzueignen ist kein Defizit sondern zeichnet eine starke Führungsperson aus. Sinnvolle Instrumente zur Entwicklung und Verankerung der nötigen Führungskompetenz und zur Stärkung der Aufmerksamkeit können neben der Erlangung theoretischen Wissens insbesondere Schulungen und Kaderteachings sein.**

9 Instrumente, Angebote und Ressourcen

9.1 Instrumente der Stiftung für Patientensicherheit

Verschiedene Instrumente bieten sich an, um die dargestellten Angriffspunkte zu bearbeiten und Veränderungen zu erreichen. Daneben kann es «Hilfsmittel» im konkreten Umgang mit Fehlern geben, wie beispielsweise Verfahrensabläufe, Konzepte oder Checklisten. Solche Materialien sind an dieser Stelle nicht gemeint. Hier geht es um Instrumente und Interventionen mit denen Kompetenzen und Ressourcen im Umgang mit Fehlern erworben werden können, die zum Beispiel dazu befähigen, Materialien für den eigenen Betrieb erstellen und anwenden zu können, Strukturen aufzubauen und Verhalten zu entwickeln.

Um in einem Betrieb einen nachhaltigen Kulturwandel anzuregen, sollten die verschiedenen Zielgruppen und Angriffspunkte berücksichtigt werden.

Die Stiftung für Patientensicherheit bietet dazu folgendes an bzw. ist daran, diese Angebote aufzubauen:

- die vorliegende Schriftenreihe als Kerndokument
- Kurzfassung (siehe Einlagen)
- Flyer
- Schulungsangebote bzw. -grundlagen für Mitarbeiterschulungen und Kaderteachings
- Kurzfilm (geplant/in Entwicklung)

Mit diesen Angeboten will die Stiftung Gesundheitsorganisationen darin unterstützen, sich mit der Thematik gezielt auseinanderzusetzen, Sensibilisierung, Commitment und Leadership zu entwickeln, eigene betriebsinterne Massnahmen einzuleiten, Strukturen zu schaffen und Verhaltensänderungen auszulösen. (siehe Tab. 9)

Tab. 9:
Zusammenschau Handlungsfelder und Instrumente nach Zielgruppe der Stiftung für Patientensicherheit

Zielgruppe	Angriffspunkte	Inhalte	Instrumente
Alle Mitarbeiter	Sensibilisierung Entwicklung und Übung	Information Reflektion Bereitschaft Kommunikation Training	Basis-Teaching Flyer Informationsfilm
Kader	Commitment - Aktive Unterstützung - Vorbildfunktion - Steuerung Strukturen Entwicklung und Übung	Kompetenzerwerb Training	Kaderteaching Schriftenreihe
Betroffene	Sensibilisierung Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	«Normalität» der Reaktion Akuthilfe	Basis-Teaching Flyer Anlaufstellen

9.2 Mögliche Anlaufstellen

- Betriebsarzt
- psychologische Dienste oder spezifische Unterstützungsstelle des Betriebs
- Personaldienst
- Ombudsstelle im Spital
- Kriseninterventionsstellen und Kriseninterventionszentren (auch extern!)
- Coaches und Supervisoren
- niedergelassene Psychologen, Therapeuten
- ReMed – Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte www.swiss-remed.ch

Erkundigen Sie sich, welche Anlaufstellen intern und extern vorhanden sind.

Organisieren Sie nötigenfalls entsprechende Angebote und kommunizieren Sie dies im Betrieb!

9.3 Nationale und internationale Informationen und Angebote

- Schweizerische Balint-Gesellschaft
<http://www.balint.ch>
- Krisenintervention Schweiz <http://www.krisen-intervention-schweiz.ch>
- Institute for Healthcare Improvement
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/IndividualChanges/Create+an+Adverse+Event+Response+Team.htm>
- University of Missouri health System – forYOU Team
<http://www.muhealth.org/body.cfm?id=1876>
(Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Quality Safety* 2010 May;36(5):233-40.)
- Medically Induced Trauma Support Services
http://www.mits.org/clinicians_home.html
- International Critical Incident Stress Foundation
<http://www.icisf.org/about/>
- Brigham and Women's Hospital – Peer support for physicians
<http://www.brighamandwomens.org/publicaffairs/publications/DisplayMSN.aspx?articleid=1715&issueDate=11/1/2008%2012:00:00%20AM>

Impressum

Herausgeber: Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
Grafik: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zürich
Druck: Spillmann Druck AG, Zürich
Oktober 2010
© Stiftung für Patientensicherheit, Zürich

Stiftung für Patientensicherheit

Geschäftsstelle und Kontakt
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 243 76 70, Fax +41 (0)43 243 76 71
www.patientensicherheit.ch, info@patientensicherheit.ch
Sitz der Stiftung
c/o Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel

Diese Schriftenreihe ist Teil der umfangreichen Publikationen der Stiftung für Patientensicherheit zu zahlreichen Aspekten der Patientensicherheit und des klinischen Risikomanagements. Sie finden Informationen und Bestellmöglichkeiten zu allen Dokumenten unter www.patientensicherheit.ch.

Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz



Stiftung für Patientensicherheit
Geschäftsstelle und Kontakt
Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.patientensicherheit.ch
info@patientensicherheit.ch

Stiftungssitz
c/o Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel

ISBN-Nr. 3-905803-05-4



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland