



## **Masterarbeit**

### **Second Victim – Täter als Opfer**

**Die Belastung von ÄrztInnen nach unerwünschten Ereignissen in der  
Behandlung von PatientInnen – Skizzierung von Unterstützungsmöglichkeiten  
für ÄrztInnen in Österreich**

eingereicht von

**Jasmin Pfingstl**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health**

Studienrichtung: ULG Public Health

Studien-ID: O 992 503

Betreuer: Dr. Karlheinz Kornhäusl

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Graz, 31. August 2017

**Vorwort**

In dieser Arbeit wird aufgrund der leichteren Lesbarkeit von einer Genderung Abstand genommen. Alle Zusammenhänge beziehen sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, Jasmin Pfingstl, dass ich diese Masterarbeit selbstständig verfasst habe. Weiters wurden von mir keine anderen Hilfsmittel und Quellen als die angegebenen verwendet.

Jasmin Pfingstl eh.

### **Danksagung**

Ich bedanke mich ganz herzlich beim Präsidium der Ärztekammer Steiermark, insbesondere bei Präsident Dr. Lindner und Kammeramtsdirektor Dr. Greimel für die Möglichkeit, den Universitätslehrgang Public Health zu besuchen. Weiters gilt mein Dank Herrn Dr. Kornhäusl für die Betreuung.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich für die Unterstützung und für ihre Geduld.

## Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen versucht man, durch Einführung von Risiko- und Qualitätsmanagementsystemen das Risiko für Behandlungsfehler bzw. unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Behandlung zu senken. Das Thema „Patientensicherheit“ gewinnt in den letzten Jahren auch in Österreich immer mehr an Bedeutung. Eine völlige Fehlerfreiheit im Gesundheitswesen kann aber dennoch nie erreicht werden. Zu komplex sind die Strukturen und Abläufe in diesem Hochrisikobereich. Nach einem unerwünschten Ereignis in der medizinischen Behandlung sind in erster Linie die Patienten und deren Angehörige die Leidtragenden. Aber auch für die involvierten Ärzte kann dies eine schwierige Situation darstellen, unter der sie psychisch leiden. Die belastenden Konsequenzen reichen von massiven vorübergehenden emotionalen Belastungen bis hin zu chronischen psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Burnout. Sie werden zu „Second Victims“. In anderen Hochrisikobereichen wie zB der Luftfahrt, wurde die Problematik von psychischen Belastungen der Mitarbeiter nach einem kritischen Ereignis längst erkannt und entsprechende Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern implementiert. Es sollte auch im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit sein, Mitarbeitern die täglich anderen Menschen helfen und ein hohes Maß an Verantwortung tragen, ein Auffangnetz anzubieten, das den Betroffenen hilft, die belastende Situation nach einem unerwünschten Ereignis erfolgreich zu bewältigen. Eine positive Fehlerkultur und die Einrichtung von konkreten Unterstützungsmaßnahmen tragen dazu bei, dass der Betroffene die Situation gut bewältigen kann, aus der Erfahrung einen Lerneffekt generiert und eine längerfristige psychische Erkrankung verhindert werden kann.

**Abstract****Second Victim - Offenders as victims****The strain put on doctors through unintended incidents in the treatment of patients  
– outlining possible ways of support for doctors in Austria**

In healthcare, the implementation of risk and quality management systems is supposed to decrease the risk of medical errors and adverse events occurring in medical treatment. In the last years, the issue of “patient safety” has been gaining in importance also in Austria. However, absolute flawlessness in healthcare can never be reached. Structures and processes in this high risk-field are too complex. After an unintended incident in medical treatment, it is first and foremost the patients and their relatives who suffer. The concerned doctors can also find themselves in a difficult situation, causing psychological distress for them. The burdensome consequences range from massive temporary emotional strain to chronic psychological conditions such as depression or burnout. They become “second victims”. In other high risk-fields like aviation, the problem of psychological strain on employees after a critical incident was recognized long ago and corresponding measures have been implemented. Hence, it should be natural to offer employees in healthcare, who help other people on a daily base and hold a high level of responsibility, a safety net to overcome the burdensome situation following an unintended incident. A culture dealing with errors in a constructive way, as well as the implementation of specific supporting measures, help the affected persons to better cope with such a situation, generate a learning effect and prevent a psychological condition in the longer term.

## Inhaltsverzeichnis

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Einleitung  | 10 |
| 1.1   | Ziel der Arbeit.....  | 10 |
| 1.1.1 | Hypothese .....   | 11 |
| 1.1.2 | Forschungsfragen/Relevanz des Themas .....                  | 11 |
| 1.1.3 | Methodik.....   | 11 |
| 2     | Begriffsdefinitionen Behandlungsergebnisse                  | 12 |
| 3     | Wie entstehen Fehler?                                       | 16 |
| 3.1   | Fehler sind menschlich.....                                 | 16 |
| 3.2   | Fehlertheorien .....  | 17 |
| 3.3   | Fehlerhäufigkeit und Fehlerbereiche .....                   | 20 |
| 3.4   | Auswirkungen von Behandlungsfehlern .....                   | 20 |
| 3.5   | Mögliche rechtliche Konsequenzen.....                       | 21 |
| 3.5.1 | Zivilrechtliche Haftung .....                               | 21 |
| 3.5.2 | Strafrechtliche Haftung .....                               | 22 |
| 3.5.3 | Außergerichtliche Möglichkeiten .....                       | 22 |
| 4     | Fehlerkultur - Umgang mit Fehlern                           | 24 |
| 4.1   | Destruktive Fehlerkultur vs konstruktive Fehlerkultur ..... | 24 |
| 4.1.1 | CIRS - Aus Fehlern lernen.....                              | 26 |
| 4.2   | Arzt-Patientenkommunikation .....                           | 28 |
| 5     | Das Second Victim Phänomen                                  | 31 |
| 5.1   | Definition „Second Victim“ .....                            | 31 |
| 5.2   | Die emotionale Belastung von Second Victims .....           | 32 |
| 5.2.1 | Mögliche Belastungsreaktionen .....                         | 32 |
| 5.2.2 | Auswirkungen auf die weitere ärztliche Tätigkeit .....      | 35 |
| 5.3   | Bewältigungsstrategien .....                                | 36 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 5.4   | Bedürfnisse von Second Victims .....                              | 38 |
| 5.5   | Interventionsmöglichkeiten .....                                  | 39 |
| 5.5.1 | Aspekte im Umgang mit Second Victims .....                        | 40 |
| 5.5.2 | Peer Support.....   | 42 |
| 5.5.3 | Beispiele Support-Programme.....                                  | 43 |
| 5.6   | Der Nutzen von Support-Programmen .....                           | 48 |
| 5.6.1 | Nutzen für das Krankenhaus bzw. Arbeitgeber.....                  | 49 |
| 5.6.2 | Nutzen für die Sozialversicherung .....                           | 49 |
| 5.6.3 | Nutzen für die Mitarbeiter .....                                  | 50 |
| 5.6.4 | Nutzen für den Patienten .....                                    | 50 |
| 5.7   | Prävalenz von Second Victims.....                                 | 50 |
| 6     | Unterstützung für Second Victims in Österreich – status quo       | 51 |
| 6.1   | Österreichweite PatientInnensicherheitsstrategie 2013-2016: ..... | 51 |
| 6.2   | Second Victims im intramuralen Bereich:.....                      | 52 |
| 6.3   | Second Victims im extramuralen Bereich.....                       | 53 |
| 7     | Zusammenfassung und Empfehlung                                    | 55 |

**Abkürzungsverzeichnis**

|        |   |
|--------|---|
| ASHRM  | American Society of Healthcare Risk Management  |
| AMBOSS | Anti-Mobbing-Burn-Out-Supervisionsstelle  |
| bzw    | beziehungsweise   |
| CIRS   | Critical Incident Reporting System  |
| CISM   | Critical Incident Stress Management   |
| GÖG    | Gesundheit Österreich GmbH  |
| ICISF  | International Critical Incident Stress Foundation   |
| KAGes  | Krankenanstaltengesellschaft  |
| KAV    | Krankenanstaltenverbund   |
| MITSS  | Medically Induced Trauma Support Services   |
| ÖQMed  | Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH |
| PTBS   | Posttraumatische Belastungsstörung  |
| Stmk   | Steiermark/Steiermärkische  |
| StGB   | Strafgesetzbuch   |
| WHO    | World Health Organization   |
| zB     | zum Beispiel  |

**Grafikverzeichnis:**

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Ursachen für menschliches Versagen nach Reason .....  | 18 |
| Abbildung 2: Das „Schweizer Käse Modell“ nach Reason .....   | 19 |
| Abbildung 3: Auswirkungen von Fehlern .....  | 21 |
| Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Berichterstatter in CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017 ..... | 27 |
| Abbildung 5: Örtlichkeit der eingetretenen Ereignisse, CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017 .....      | 27 |
| Abbildung 6: Berichtete Ereignisse nach Fachbereichen, CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017 .....      | 28 |
| Abbildung 7: Reziproker Zyklus .....   | 36 |
| Abbildung 8: Das 3-Stufen-Modell von Scott et al .....   | 46 |
| Abbildung 9: Stresslevel nach einem kritischen Ereignis ohne Hilfestellung .....   | 48 |
| Abbildung 10: Stresslevel nach einem kritischen Ereignis mit Hilfestellung .....   | 49 |

**Tabellenverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1: Auflistung Behandlungsergebnisse.....                        | 15 |
| Tabelle 2: Merkmale destruktiver und konstruktiver Fehlerkulturen ..... | 25 |
| Tabelle 3: Reaktionen nach traumatischen Ereignissen.....               | 33 |
| Tabelle 4: Reaktionen nach einem Behandlungsfehler .....                | 35 |
| Tabelle 5: 3-Säulen-Modell.....   | 47 |

## 1 Einleitung

Operation ging schief: Patientin klagt“<sup>1</sup>, „Krebsverdacht nicht verfolgt: Patient starb“<sup>2</sup>, „Kunstfehler: 90.000 Euro Schmerzensgeld“<sup>3</sup>, „Patient starb an falscher Spritze“<sup>4</sup>.

Zwischenfälle in der medizinischen Behandlung sind ein gefundenes Fressen für die Medien und werden gnadenlos angeprangert. In erster Linie wird über das Leid des Patienten berichtet und oft werden behandelnde Ärzte als „Verbrecher“ hingestellt. Doch ein unerwünschtes Ereignis in der medizinischen Behandlung kann nicht nur für den Patienten mit schwerwiegenden Folgen behaftet sein, sondern auch das involvierte ärztliche Personal ist dadurch einer enormen Belastungssituation ausgesetzt – der „Täter“ wird zum Opfer.

Als Second Victims werden im Gesundheitsbereich tätige Personen bezeichnet, die an einem unerwünschten Ereignis oder einem Fehler in der medizinischen Behandlung beteiligt waren und dadurch psychisch und physisch belastet sind. Die Folgen reichen laut Literatur von Schlafstörungen, Angstzuständen bis hin zu schwerwiegenden chronischen psychischen Erkrankungen wie PTBS. All dies hat Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Berufszufriedenheit des Betroffenen.

### 1.1 Ziel der Arbeit

Ziel der folgenden Arbeit ist, die Seite der Behandler, der „Second Victims“ nach einem unerwünschten medizinischen Zwischenfall oder Behandlungsfehler aufzuzeigen, insbesondere im Hinblick auf die emotionale Belastung und dem Umgang mit dieser Situation. Weiteres werden Interventionsmöglichkeiten und Maßnahmen recherchiert, um betroffenen Personen Unterstützung anzubieten. Die derzeitige Situation im Hinblick auf Unterstützungsmaßnahmen in Österreich wird dargestellt. Auf Basis evidenter internationaler Empfehlungen sollen Verbesserungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Second Victim Phänomen im Österreichischen Gesundheitswesen aufgezeigt werden.

Die folgende Arbeit ist in erste Linie auf den ärztlichen Berufsstand fokussiert, weil diese in der medizinischen Behandlung eine zentrale Verantwortung übernehmen. Die Erkenntnisse sind aber vermutlich auch für andere Berufsgruppen im

Gesundheitswesen, insbesondere für das Pflegepersonal, gleichermaßen bedeutend.

### **1.1.1 Hypothese**

Es wird von folgender Hypothese ausgegangen:

Das Second Victim Phänomen wird zwar in Österreich thematisiert, jedoch sind Unterstützungsmaßnahmen für Ärzte nicht ausreichend implementiert.

### **1.1.2 Forschungsfragen/Relevanz des Themas**

Im Hinblick darauf, dass in einem Hochrisikobereich wie dem Gesundheitswesen Fehler nie zur Gänze verhindert werden können, ist davon auszugehen, dass einer beträchtlichen Anzahl von Ärzten vermutlich irgendwann in ihrer beruflichen Laufbahn ein Fehler unterlaufen wird und sich jene dann mit zum Teil gravierenden Folgen auseinandersetzen müssen. Es stellen sich also folgende Fragen:

Welchen Belastungen sind Second Victims ausgesetzt und wie wird damit umgegangen? Inwieweit ist das Thema „Second Victim“ in Österreich bekannt, wie wird damit umgegangen und sind Maßnahmen bereits etabliert? Welche Empfehlungen können für Österreichs Gesundheitswesen abgegeben werden?

### **1.1.3 Methodik**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde als Methode die Literaturrecherche gewählt. Suchbegriffe wie „Behandlungsfehler“, „medizinische Fehler“, „Risikomanagement“, „Second Victim“, „Patientensicherheit“ wurden in deutscher und englischer Sprache verwendet. Durchsucht wurden Suchmaschinen wie „googlescholar“ und die Datenbanken „Pubmed“ und „Medline“. Ebenso wurden Bücher zum Thema bei der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz sowie auch der Landesbibliothek Graz entliehen.

## 2 Begriffsdefinitionen Behandlungsergebnisse

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass jeder medizinischen Behandlung ein Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt oder dem Krankenanstaltenträger und dem Patienten zugrunde liegt. Dieser regelt die Rechte und Pflichten des Behandlers und auch des Patienten.<sup>5</sup>

Zu den Pflichten des Behandlers zählen:

- Gewissenhafte ärztliche Beratung oder Behandlung ohne Unterschied der Person
- Bei niedergelassenen Ärzten: Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, Anamnese, fachkundige Untersuchung und bei Bedarf Überweisung an Facharzt oder stationäre Behandlung
- Die Untersuchung: Diagnose- und Indikationsstellung, sachgemäße Therapie
- Informations- und Beratungspflichten: Mitteilen der Diagnose, des Behandlungsverlaufs, Behandlungsrisiken
- Anspruch des Patienten auf Behandlung nach dem letzten Stand der Wissenschaft und mit den sichersten Methoden
- Erstellen einer Dokumentation
- Gewähren der Einsicht in die Krankenunterlagen
- Das Anlegen von Krankengeschichten
- Verschwiegenheitspflicht<sup>6</sup>

Für den Patienten ergeben sich folgende Pflichten:

- Zahlungspflicht
- Informationsobliegenheiten: Auskünfte die für die Diagnosestellung und Therapie von Bedeutung sind, wie etwa frühere Erkrankungen, Einnahme von Medikamenten
- Duldungs- und Mitwirkungsobliegenheiten: Mitwirkung des Patienten an der Heilbehandlung, wie regelmäßige Medikamenteneinnahme, Therapien und Wahrnehmen von Nachbehandlungsterminen.<sup>7</sup>

Ein bestimmtes Behandlungsergebnis schuldet der Arzt dem Patienten rechtlich nicht. Geschuldet wird die Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.<sup>8</sup>

Hinsichtlich der Bezeichnung von schlechten bzw. nicht erwünschten Behandlungsergebnissen werden in der Literatur zum Teil unterschiedliche Begriffe verwendet. Um eine einheitliche und in der Literatur gebräuchliche Definition darzustellen, werden die Definitionen der ASHRM verwendet:<sup>9</sup>

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Unerwünschtes Ereignis<br/>(adverse event):</b></p> | <p><i>„Eine Schädigung, die durch das medizinische Management verursacht wurde und nicht durch die zugrunde liegende Erkrankung des Patienten; manchmal als &lt;Schaden&gt; (harm), &lt;Schädigung&gt; (injury) oder &lt;Komplikation&gt; (complication) bezeichnet“.</i></p> <p>Ein unerwünschtes Ereignis muss nicht zwingend aus einem Fehler resultieren.</p> <p>Unter „Medizinischem Management“ versteht man alle Aspekte der medizinischen Versorgung.</p> |
| <p><b>Behandlungsfehler<br/>(medical error):</b></p>      | <p><i>„Das Nicht-Erreichen eines beabsichtigten Ergebnisses mit der dafür vorgesehenen Vorgangsweise oder die Verwendung einer Vorgangsweise, die zur Erreichung eines Zieles nicht geeignet ist“.</i></p> <p>Zu beachten ist, dass ein Behandlungsfehler nicht zwingend einen Schaden verursachen muss; wenn kein Schaden vorliegt wird, spricht man auch nicht von einem unerwünschten Ereignis.</p>  |
| <p><b>Schwerwiegender Fehler<br/>(serious error):</b></p> | <p><i>„Ein Fehler, der das Potenzial hat, eine permanente Schädigung oder einen vorübergehenden, aber potenziell lebensbedrohlichen Schaden hervorzurufen“.</i></p>   |
| <p><b>Geringfügiger Fehler</b></p>                        | <p><i>„Ein Fehler, der keinen Schaden verursacht oder hierzu</i></p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>(minor error):</b></p>   | <p><i>nicht das Potenzial hat“.</i></p>  |
| <p><b>Beinahe-Zwischenfall (near-miss):</b></p>  | <p><i>„Ein Fehler, der einen Schaden hätte verursachen können, jedoch keine Auswirkung auf den Patienten hatte, da er «abgefangen» wurde“.</i></p>   |
| <p><b>Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (preventable adverse event):</b></p>         | <p><i>„Eine Schädigung (oder Komplikation), die aus einem Fehler oder Systemversagen resultiert“.</i></p> <p>Es werden dabei 3 Kategorien unterschieden.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Fehler liegt beim verantwortlichen Arzt (zB Fehler bei der Durchführung einer Maßnahme).</li> <li>2. Der Fehler liegt bei einem anderen Mitglied des Betreuungsteams (zB Verabreichung eines falschen Medikamentes durch eine Pflegeperson).</li> <li>3. Systemversagen ohne Vorliegen eines Fehlers von Einzelpersonen (zB Überdosierung eines Medikamentes durch Versagen der Infusionspumpe; nicht-Übermittlung von Befunden an den zuweisenden Arzt aufgrund eines Systemfehlers).</li> </ol> |
| <p><b>Nicht vermeidbares unerwünschtes Ereignis (unpreventable adverse event):</b></p> | <p><i>„Eine Schädigung (oder Komplikation), die nicht auf einen Fehler oder ein Systemversagen zurückzuführen ist, und die nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht immer vermeidbar ist“.</i></p> <p>Es werden zwei Kategorien unterschieden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bekannte und häufige Gefahren von Hochrisiko-Therapien, welche von den Patienten verstanden und akzeptiert werden (zB Komplikationen bei Chemotherapien).</li> <li>2. Behandlungen mit seltenen, aber bekannten Risiken, über die der Patient nicht zwingend</li> </ol>  |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
|                                     | informiert wurde (zB<br>Medikamentennebenwirkungen,<br>Wundinfektionen).                                  |
| <b>Zwischenfall<br/>(incident):</b> | <i>„Ein unerwünschtes Ereignis oder schwerwiegender Fehler. Manchmal auch als «Ereignis» bezeichnet“.</i> |

Tabelle 1: Auflistung Behandlungsergebnisse

### 3 Wie entstehen Fehler?

Das Gesundheitswesen zählt, wie auch die Luftfahrt oder die Kernindustrie, zu einem Hochrisiko-Bereich. Fehler bzw. Zwischenfälle können durch entsprechende Maßnahmen, wie etwa durch das Einführen von Qualitäts- und Risikomanagementsystemen zwar bestenfalls vermindert, jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

In den meisten Fällen sind Fehler in der medizinischen Behandlung nicht auf das alleinige falsche Handeln von Einzelpersonen zurückzuführen. Meistens sind es mehrere Ursachen deren ungünstiges Zusammenspiel ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis zur Folge hat.<sup>10</sup> Neben allgemeinen menschlichen Unzulänglichkeiten nehmen auch äußere Bedingungen Einfluss auf die Entstehung eines Fehlers. Eine mangelnde Fehlerkultur, Verwechslungen, Kommunikationsschwierigkeiten und unklar definierte Verantwortungen sind beispielsweise Faktoren, die das Risiko von Behandlungsfehlern erhöhen.<sup>11</sup>

#### 3.1 Fehler sind menschlich

Schon die alten Römer wussten: „*Errare humanum est*“<sup>1</sup>. Irren ist menschlich. So wünschenswert es für das Gesundheitswesen auch wäre, aber auch Ärzte sind Menschen und daher vor Fehlern nicht gefeit. Fehler sind trotz Bemühungen und Einführen von Qualitäts- und Risikomanagementsystemen nicht zur Gänze vermeidbar. Es ist daher grundsätzlich erstrebenswert, die prinzipielle Fehlerhaftigkeit des ärztlichen Handelns anzuerkennen.<sup>12</sup>

Das bekannte Werk „To Err is Human“ – „Building a Safer Health System“ bringt zum Ausdruck, dass trotz Bemühungen in Krankenhäusern oder Ordinationen Fehler nie ganz vermieden werden können. Fehlerhaftigkeit gehört zum Menschsein. Dabei ist nicht nur das Handeln einzelner Personen fehlerbehaftet, sondern auch alle Organisationen die von Menschen gesteuert werden. Gerade hoch komplexe Organisationen wie Krankenhäuser sind im Hinblick auf die Entstehung von Fehlern risikobehaftet.<sup>13</sup>

---

<sup>1</sup> Marcus Lucius Annaeus Seneca (54 v. Chr. – 3 n.Chr.), römischer Schriftsteller und Redner

### 3.2 Fehlertheorien

#### Murphy's Gesetz

Murphys Gesetz besagt zB:

*„Wenn es mehrere Möglichkeiten gibt, eine Aufgabe zu erledigen, und eine davon in einer Katastrophe endet oder sonst wie unerwünschte Konsequenzen nach sich zieht, dann wird es jemand genau so machen.“<sup>14</sup>*

#### Heinrich's Gesetz

Eine weitere bekannte These zur Fehlerentstehung bildet das „Heinrich's Gesetz“. Im Kontext der medizinischen Behandlung besagt Heinrichs Gesetz, dass bei 4000 Patienten ca. 300 kleinere Zwischenfälle passieren, bei 29 kann schlimmeres gerade noch verhindert werden, aber bei einem dieser 4000 Patienten kommt es zu einem schweren Schaden. Das Heinrichs Gesetz weist also auf darauf hin, dass zwischen der Häufigkeit von schweren und leichten Fehlern ein Zusammenhang besteht und große Fehler nur verhindert werden können, wenn man sich auf das Verhindern kleiner Fehler konzentriert.<sup>15</sup>

#### Reason's Schweizer Käse Modell<sup>16-17</sup>

Mit dem Personen- und Systemmodell hat Reason wohl das bekannteste Fehlermodell entwickelt. Ursächlich für unerwünschte Ereignisse ist demnach eine Kombination aus **aktiven** und **latenten Fehlern**.

**Aktiven Fehlern** liegt menschliches Versagen zugrunde. Es sind unsichere oder fehlerhafte Handlungen von Menschen, die an der Mensch-Mensch-Schnittstelle oder Mensch-Maschine-Schnittstelle tätig sind, zB direkt am Patienten. Reason unterscheidet dabei unbeabsichtigte Fehler von Fehlern die durch bewusste Verletzungen von Sicherheitsregeln entstehen.

Aktiven Fehlern können

- **Mistakes (Denkfehler):** es wird eine falsche Regel befolgt oder eine korrekte Regel falsch angewandt (regelbasierte Fehler) oder es besteht

Wissensmangel oder es wird etwas falsch verstanden (wissensbasierte Fehler)

- **Slips (Ausrutscher):** inkorrekte Durchführung einer Tätigkeit durch eine unbeabsichtigte Verhaltensweise (zB falsches Gerät einschalten)
- **Lapse (Aussetzter):** eine notwendige Tätigkeit im Zuge einer Behandlung wird vergessen

zugrunde liegen.



Abbildung 1: Ursachen für menschliches Versagen nach Reason<sup>18</sup>

**Latente Fehler** hingegen werden durch Schwachstellen im System verursacht. Sie entstehen durch (Falsch-)Entscheidungen auf Management-Ebene, welche sich Abwehrmechanismen schwächend und fehlerfördernd auf den Arbeitsplatz auswirken (zB zu wenig Personal). Latente Fehler können aktives Versagen hervorrufen bzw. dazu beitragen dass aktive Fehler passieren.

Nicht nur latente Fehler können ursächlich für aktives Versagen sein. Ebenso spielen andere Faktoren, wie zB persönliche Probleme des Mitarbeiters, oder untypische Bedingungen wie zB ein überfülltes Wartezimmer aufgrund einer

Grippewelle, für das Entstehen aktiver Fehler eine Rolle und können diese mitverursachen.

Dieses Zusammenwirken verschiedener Bedingungen als Ursache für einen Fehler bzw. ein unerwünschtes Ereignis wird von Reason als „Schweizer-Käse-Modell“ bezeichnet. Laut diesem Modell entsteht aus einer Gefahr erst dann ein unerwünschtes Ereignis, wenn alle Sicherheitsmaßnahmen versagen und dadurch „Löcher“ entstehen. Diese Löcher werden durch aktive und latente Fehler verursacht. Zusätzlich beeinflussen weitere Faktoren die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses. Die entstandenen Löcher sind dynamisch – sie können sich mit der Zeit verschieben, öffnen oder wieder schließen.

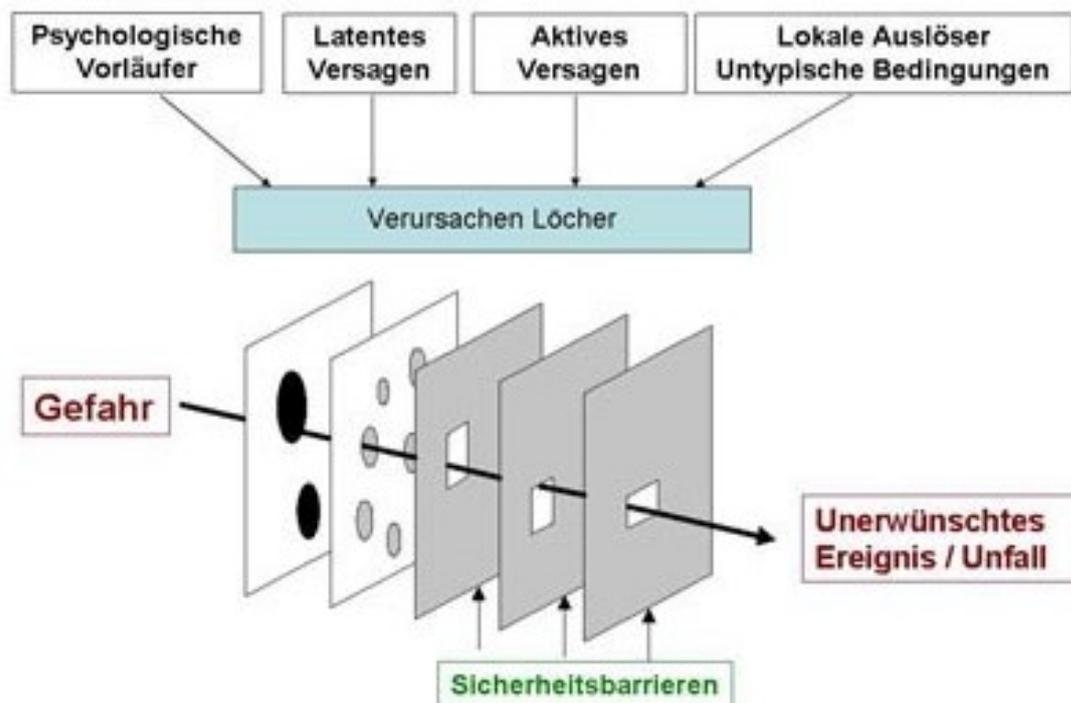


Abbildung 2: Das „Schweizer Käse Modell“ nach Reason<sup>19</sup>

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass lt. Reason ein unerwünschtes Ereignis das Produkt mehrerer Ursachen auf verschiedenen

Ebenen einer Organisation ist und diese auch durch externe Faktoren beeinflusst werden.

### 3.3 Fehlerhäufigkeit und Fehlerbereiche

Das Robert-Koch-Institut spricht von ca. 12.000 Behandlungsfehlern jährlich in Deutschland. Außerdem wird davon ausgegangen, dass die Fehlerquote bei Spitalsärzten höher ist als im niedergelassenen Bereich.<sup>20</sup>

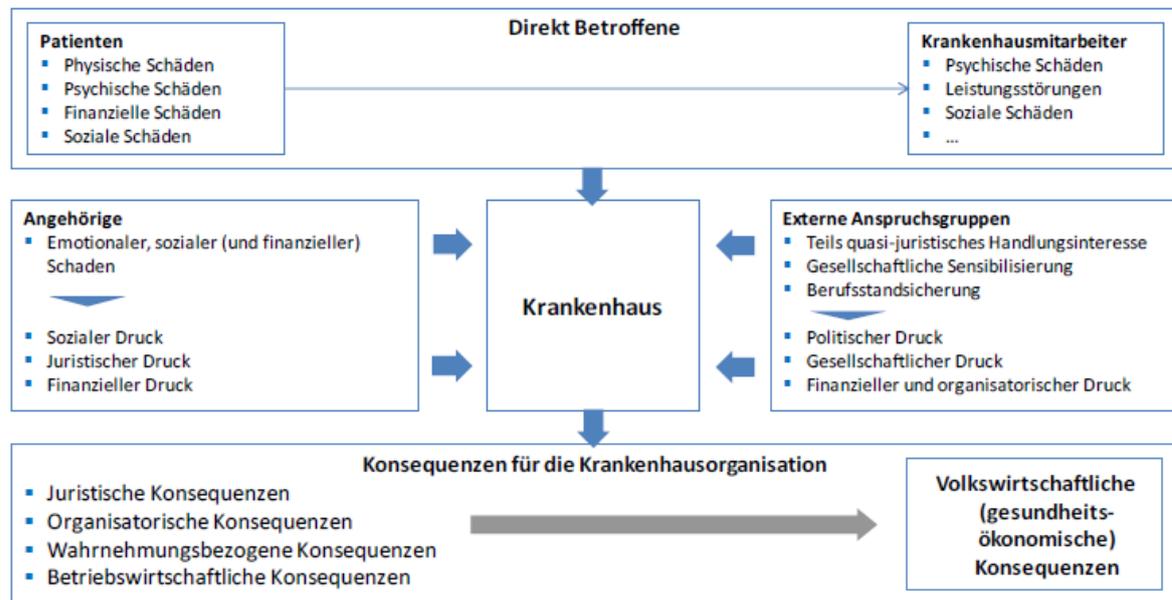
Internationalen Studien zufolge liegt die Fehlerhäufigkeit im Krankenhausbereich ca. zwischen 4 und 18 %. Die Rate von Behandlungsfehlern mit schwerwiegendem Dauerschaden bei ca. 2 bis 4% und die Rate der Todesfälle in Folge eines Behandlungsfehlers bei 0,1 %.<sup>21</sup> Weiteren Angaben zu Folge werden Behandlungsfehler neben AIDS, Brustkrebs und Verkehrsunfällen zu den 10 häufigsten Todesursachen gezählt.<sup>22</sup> Am häufigsten passieren Fehler in den Bereichen

- Medikation (zB Verwechslung von Arzneimittel)
- Diagnose (zB Herzinfarkt übersehen)
- Übergabe (zB bei Übergabe zwischen zwei Krankenanstalten)
- Geräteverwendung (zB Fehler bei der Anwendung)
- Teamarbeit (zB Kommunikationsfehler)
- Nosokomiale Infektionen<sup>23</sup>

### 3.4 Auswirkungen von Behandlungsfehlern

Behandlungsfehler im Krankenhaus wirken sich auf verschiedenen Ebenen aus. Direkt betroffen sind Patienten (first victims) und involviertes medizinisches Personal (second victims) sowie in weiterer Folge das Krankenhaus als Organisation (third victims). Je nach Schwere des Fehlers entstehen für den Patienten physische und psychische Schäden sowie finanzielle und soziale Schäden. Für das involvierte Personal besteht durch die Beteiligung an einem Behandlungsfehler die Gefahr von psychischen und sozialen Schäden, sowie Leistungsstörungen (Second Victim Phänomen). Auf der Organisation Krankenhaus lastet politischer, gesellschaftlicher und finanzieller Druck und es drohen entsprechende juristische, organisatorische und betriebswirtschaftliche Konsequenzen.<sup>24</sup>

## Auswirkungen von Fehlern

Abbildung 3: Auswirkungen von Fehlern<sup>25</sup>

### 3.5 Mögliche rechtliche Konsequenzen

Die ärztliche Haftung im Hinblick auf einen Behandlungsfehler unterscheidet zwischen der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Haftung.<sup>26</sup>

#### 3.5.1 Zivilrechtliche Haftung

Hat der Patient den Verdacht, dass er einen Schaden durch eine fehlerhafte Behandlung erlitten hat, hat er die Möglichkeit auf dem Gerichtswege Schadenersatz zu fordern.<sup>27</sup> Für die Prüfung einer Haftung ist das Schadenersatzrecht relevant. Dieses beruht auf dem Verschuldungsprinzip, das bedeutet, dass der behandelnde Arzt bzw. der Krankenanstaltenträger für eine fehlerhafte Behandlung, welcher ein Sorgfaltsverstoß zu Grunde liegt und aufgrund dessen dem Patient ein Schaden entstanden ist, einstehen muss. Haftungsursache kann das Vorliegen eines Behandlungsfehlers sein, aber auch eine mangelnde Aufklärung.<sup>28</sup>

Eine Haftung bzw. eine Verpflichtung zum Schadenersatz tritt ein, wenn die folgenden vier Voraussetzungen erfüllt sind:

- Eintritt eines Schadens

- Kausalität
- Rechtswidrigkeit
- Verschulden<sup>29</sup>

### 3.5.2 Strafrechtliche Haftung

Im Gegensatz zur zivilrechtlichen Haftung, bei welcher ein Ausgleich für den entstandenen Schaden beim Patienten geschaffen werden soll, steht bei der strafrechtlichen Haftung die Sanktionierung des ärztlichen Fehlverhaltens im Vordergrund.

Im Strafrecht sehen sich Ärzte häufig mit folgenden Vorwürfen konfrontiert:

- Fahrlässige Tötung (§ 80 StGB)
- Fahrlässige Tötung unter besonders gefährlichen Verhältnissen (§ 81 StGB)
- Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB)<sup>30</sup>

### 3.5.3 Außergerichtliche Möglichkeiten

Ein Gerichtsverfahren ist sowohl für den Patienten als auch für den betroffenen Arzt belastend und kann sich durchaus auch über einen längeren Zeitraum ziehen.

Es gibt daher auch die Möglichkeit, bei Konflikten bzw. Verdacht auf einen Behandlungsfehler, nicht gleich das Gericht damit zu befassen, sondern dies außergerichtlich zu prüfen bzw. zu erledigen.

Um bei behaupteten Behandlungsfehlern eine außergerichtliche Prüfung bzw. Lösungsfindung zu ermöglichen, wurden in fast allen Bundesländern Österreichs dafür eigens vorgesehene **Schlichtungsstellen** eingerichtet.

Die Schlichtungsstelle kann bei Beschwerden gegen niedergelassene Ärzte als auch gegen angestellte Ärzte kontaktiert werden. Sinn und Zweck eines Schlichtungsverfahrens ist, die Sachlage medizinisch und rechtlich aufzuklären und bei Vorhandensein eines Behandlungsfehlers eine einvernehmliche, außergerichtliche Lösung, meist eine finanzielle Entschädigung, zu erzielen.<sup>31</sup>

Da das Schlichtungsverfahren für beide Seiten freiwillig ist, muss der Vorschlag der Schlichtungskommission weder vom Patienten noch von Gegenseite

angenommen werden. Ist dies der Fall, steht noch immer die Möglichkeit des Gerichtsweges offen.<sup>32</sup>

Der Vorteil für den Patienten ist darin zu sehen, dass ein Schlichtungsverfahren für diesen kostenlos ist. Auch für die im Zuge des Verfahrens einzuholenden Sachverständigengutachten muss der Patient nicht finanziell aufkommen. Außerdem fällt das Prozesskostenrisiko eines Gerichtsverfahrens weg.<sup>33</sup>

Als Vorteil für den Arzt bzw. für die Krankenanstalt kann genannt werden, dass ein Schlichtungsverfahren im Gegensatz zu einem Gerichtsverfahren eher einen „entkriminalisierenden“ Charakter hat.<sup>34</sup>

Der **Patienten-Entschädigungsfonds** greift ein, wenn trotz korrekter Behandlung ein schwerwiegender Schaden entstanden ist aber keine eindeutige Haftung besteht oder diese nicht mit ausreichender Sicherheit bewiesen werden kann. Die in jedem Bundesland eingerichteten Fonds werden mit dem Patientenselbstbehalt (€ 0,73 pro Spitalstag) finanziert.<sup>35</sup>

## 4 Fehlerkultur - Umgang mit Fehlern

Jede Profession lebt eine bestimmte Kultur, welche die Verhaltensweise ihrer Mitarbeiter beeinflusst. In einer Kultur werden Denkformen, sowie Verhaltens- und Umgangsnormen geprägt.<sup>36</sup>

*„Der Begriff Fehlerkultur bezeichnet die Art und Weise, wie ein soziales System mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgeht“.*<sup>37</sup>

### 4.1 Destruktive Fehlerkultur vs konstruktive Fehlerkultur

Im Gesundheitswesen, insbesondere in Krankenhäusern, findet man grundsätzlich zwei Arten von Fehlerkulturen vor: die destruktive und die konstruktive Fehlerkultur.

In einer destruktiven Fehlerkultur, auch unter dem Begriff „Culture of Blame“ bekannt, wird von fehlerbedingten Lernprozessen abgesehen. Fehler sind nicht erlaubt und werden als „Übel“ definiert, was oft zu Vertuschungen von Fehlern führt. Eine offene Kommunikation wird nicht gelebt und es wird im Umgang mit Fehlern eine Straf- und Schuldkultur gelebt, in der ein „Sündenbock“ gesucht wird und auf Fehler wird mit Sanktionen reagiert.

In der konstruktiven Fehlerkultur hingegen werden die Lernpotentiale von Fehlern erkannt und es werden entsprechende Strukturen bereitgestellt. Eine offene Kommunikation über Fehler ist möglich, insbesondere auch deshalb weil dies von der Führungsebene vorgelebt wird. Die grundsätzliche Fehlbarkeit des Menschen wird akzeptiert. Auf einen Fehler wird mit einer Analyse der Fehlerursache reagiert um Verbesserungsmaßnahmen zur Senkung von künftigen Fehlerrisiken zu entwickeln.<sup>38</sup>

| Merkmale...  |  |
|--|--|
| ...einer destruktiven Fehlerkultur   | ...einer konstruktiven Fehlerkultur  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehler sind nicht erlaubt</li> <li>• Fehler werden vertuscht</li> <li>• Lernpotential von Fehlern wird keine Beachtung geschenkt</li> <li>• Negativ behaftete Fehleremotionen</li> <li>• Fehlendes Mitarbeitervertrauen</li> <li>• Mangelhafte Wertschätzung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehler und Beinahe-Fehler werden akzeptiert</li> <li>• Offene und angstfreie Kommunikation ohne Sanktionen</li> <li>• Fehler werden als Verbesserungspotential begriffen</li> <li>• Erforschung und Analyse von Fehlerursachen</li> </ul> |

*Tabelle 2: Merkmale destruktiver und konstruktiver Fehlerkulturen*

Leider wird in vielen Organisationen des Gesundheitswesens eine „destruktive Fehlerkultur“ gelebt.<sup>39</sup> Auch in Österreichs Krankenhäusern ist dies eine noch immer gelebte Praxis.<sup>40</sup>

Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern ist vor allem in Krankenhäusern oft nicht möglich. Die gesellschaftliche Erwartungshaltung und auch jene der medizinischen Mitarbeiter ist teilweise von utopischen Vorstellungen geprägt. Das Bild vom unfehlbaren und perfekten Arzt macht es schwierig, Fehler in dieser Berufsgruppe zu akzeptieren. Dieser Denkansatz hat zur Folge, dass Ärzte und Pflegepersonal sich selbst unter Druck setzen. Fehler werden als ein Zeichen von eigener Unzulänglichkeit angesehen und verdrängt, wenn das System vorgibt, dass Fehler „verboten“ sind.<sup>41</sup>

Doch genau dieser Ansatz verhindert einen konstruktiven Umgang mit dem Thema und schlussendlich wird damit keinesfalls eine Fehlerfreiheit erreicht. Im Gegenteil: oberstes Gebot von modernen Fehlervermeidungsprogrammen ist die Anerkennung, dass Fehler menschlich sind und im Gesundheitswesen nicht auszuschließen sind. Anstelle von persönlicher Schuldsuche und Bestrafungsmaßnahmen wird die Ansicht vertreten, durch gemachte Fehler Schwachstellen zu erkennen und daraus zu lernen.

Zu denken, in der Medizin gilt ein „Null-Fehler-Anspruch“, ist sehr bedenklich, denn es führt zu Vertuschungstendenzen und auch zu nicht gerechtfertigten Vorwürfen gegenüber Dritten, in dem man die Verantwortung für einen Fehler auf Andere abwälzt. Ein solches Verhalten trägt selbstverständlich nicht zu einem guten Arbeitsklima bei und ist für niemanden, weder Patient noch Arzt, hilfreich.<sup>42</sup>

#### **4.1.1 CIRS - Aus Fehlern lernen**

CIRS ist ein Instrument des Risikomanagements und wurde in den 1980er Jahren in der Luftfahrtindustrie, der Raumfahrt, der chemischen Industrie und der Nuklearindustrie entwickelt. Ziel war, Informationen über risikoreiche Situationen und Prozesse zu sammeln, um ein frühzeitiges Eingreifen zu ermöglichen. Um möglichst viele Informationen zu erhalten und Mitarbeiter zur Mitwirkung zu bewegen wurde weitgehend auf Sanktionen verzichtet.<sup>43</sup>

Heute hat CIRS auch das Gesundheitswesen erreicht und wird als anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem eingesetzt. Es ermöglicht allen im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen, Fehler, Beinahe-Fehler, kritische oder unerwünschte Ereignisse in anonymer Form und sanktionsfrei zu berichten. Die Berichte werden samt Expertenkommentar veröffentlicht und ermöglichen somit ein wechselseitiges und sanktionsloses Lernen. Ziel von CIRS ist es, einen nachhaltigen und ständigen Verbesserungsprozess im Gesundheitswesen in Gang zu bringen.<sup>44</sup>

##### **4.1.1.1 CIRSmedical<sup>45</sup>**

Die ÖQMed betreibt seit 2009 im Auftrag der ÖÄK die Plattform CIRSmedical. Damit wurde auch in Österreich ein Instrument erschaffen, welches eine offene Sicherheitskultur mit konstruktivem und lernendem Umgang mit Risiken und Fehlern im Gesundheitswesen ermöglicht.

CIRSmedical kann von allen Mitarbeitern des Gesundheitswesens genutzt werden und seit 2017 haben auch Patienten die Möglichkeit über sicherheitsrelevante Ereignisse bzw. Beobachtungen zu berichten.

Seit 2009 wurden auf der Homepage 503 Berichte veröffentlicht. 286.000 Zugriffe auf die Homepage seit Verwendungsbeginn wurden verzeichnet (Stand 01.08.2017).

Am häufigsten wird die Plattform mit 57% von ÄrztInnen genutzt, gefolgt vom Pflegepersonal mit 21% und Notfallsanitätern mit 5%.

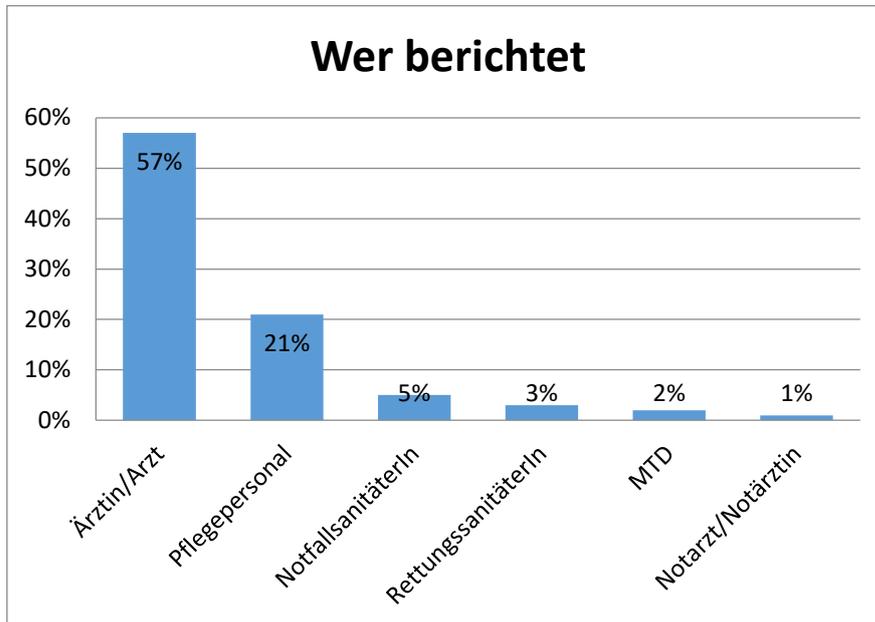


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Berichterstatter in CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017

Die Statistik zeigt, dass 46% der Berichte auf ein Ereignis im stationären Krankenhausbereich aufmerksam machen, 18 % der berichteten Ereignisse fanden im Ordinationsbereich statt.

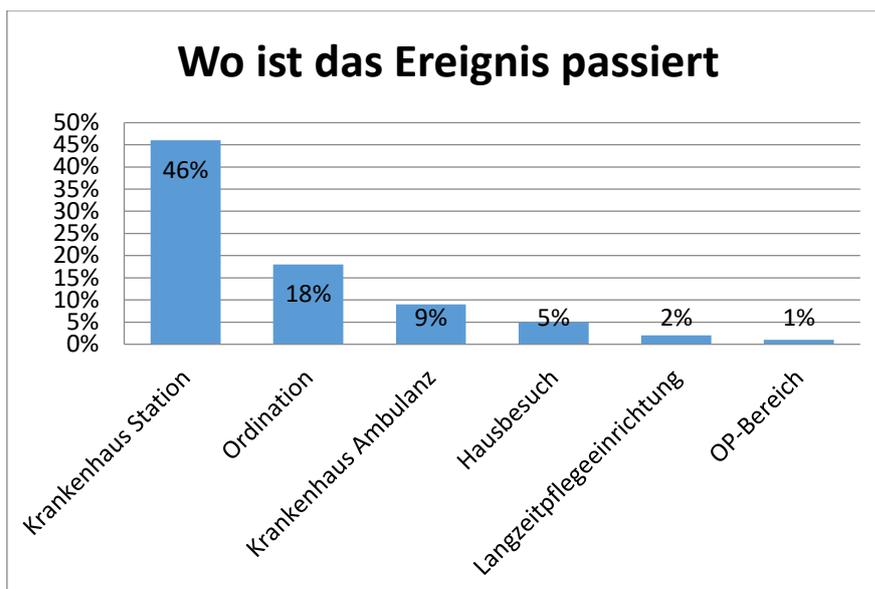


Abbildung 5: Örtlichkeit der eingetretenen Ereignisse, CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017

Im Bereich Allgemeinmedizin wird mit 14% am häufigsten über unerwünschte Ereignisse berichtet, gefolgt von der Inneren Medizin mit 11% sowie Anästhesiologie und Chirurgie mit 10%.

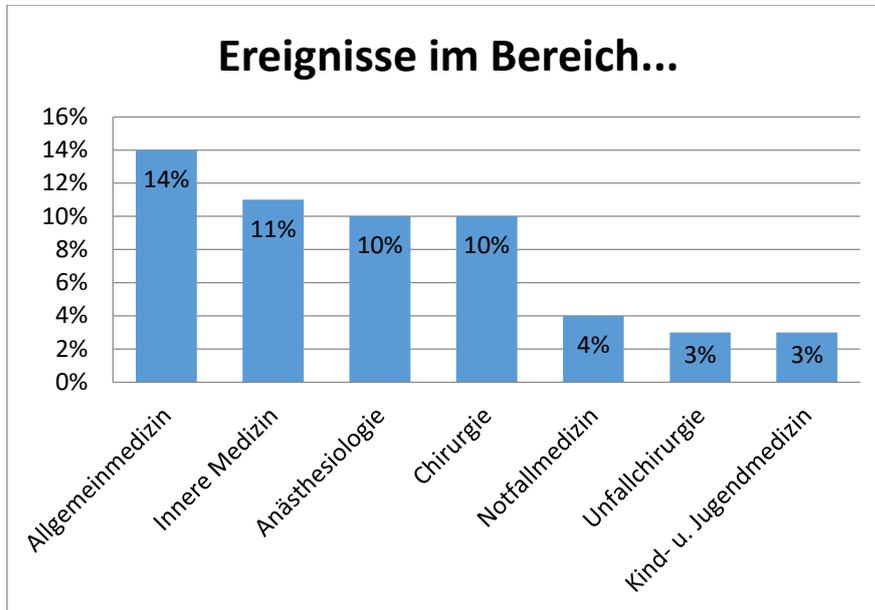


Abbildung 6: Berichtete Ereignisse nach Fachbereichen, CIRSmedical.at, modifizierte Abbildung, Stand 08.07.2017

## 4.2 Arzt-Patientenkommunikation

Eine wichtige Rolle nach einem unerwünschten Ereignis in der Patientenbehandlung nimmt die Arzt-Patientenkommunikation ein. Der Patient von heute erwartet eine Offenlegung des unerwünschten Ereignisses, sowie ausführliche Informationen über das Geschehen, deren Ursache und Konsequenzen. Ebenso wird vom Patienten eine persönliche Entschuldigung und Bedauern über den Vorfall gewünscht.<sup>46</sup> Eine ehrliche Offenlegung des Fehlers dem Patienten gegenüber hat positive Auswirkungen auf die weitere Arzt-Patientenbeziehung. Es erhöht das Vertrauen und reduziert eine mögliche Forderung nach Bestrafung des „Täters“. Umgekehrt führt eine unklare Kommunikation und Vertuschungsversuche beim Patienten zu Unverständnis und Frustration. Um Klärung in das Geschehen zu bringen, wird daher nicht selten vom Patienten der Gerichtsweg oder andere außergerichtliche Möglichkeiten zur Aufklärung der Situation gewählt.

Für die Kommunikation nach einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis werden vier wesentliche Schritte empfohlen:<sup>47</sup>

**1. Den Patienten und seine Familie über das Geschehene informieren**

Erklärung was geschehen ist. Es ist wichtig, sich im Gespräch auf die aktuellen Fakten zu beschränken; Details werden nach eingehender Prüfung und Analyse des Geschehenen besprochen.

**2. Verantwortung übernehmen**

Der verantwortliche Arzt sollte für den unerwünschten Zwischenfall dem Patienten und seinen Angehörigen gegenüber Verantwortung übernehmen. Dabei ist es erstmals nebensächlich, worauf der Zwischenfall genau zurückzuführen ist. Die Gesamtverantwortung liegt beim Krankenhausträger und es ist daher auch Pflicht der Organisation und deren Leiter, auch Verantwortung für das Geschehen zu übernehmen und auf den Patienten zu zugehen.

**3. Entschuldigen**

Nach dem unerwünschten Ereignis sollte der behandelnde Arzt zeitnah sein Bedauern für das Geschehen ausdrücken, sowie Mitgefühl und Mitleid zeigen.

**4. Erklärung, was getan wird, um derartige Ereignisse künftig zu vermeiden**

Geschädigte Patienten haben großes Interesse daran, dass es bei anderen Patienten nicht zum selben Ereignis kommt. Die Tatsache, dass der eigene Fall zu Veränderungen führt und diese anderen zugutekommt, hilft dem Patienten und seinen Angehörigen die Situation zu bewältigen.

Leider findet die Kommunikation nach einem unerwünschten Ereignis in der Realität nur selten so statt, wie sie empfohlen wird.<sup>48</sup> Eine offene Kommunikation wird zwar grundsätzlich von den Ärzten befürwortet, allerdings wird die Umsetzung dahingehend erschwert, als Ängste vor möglichen Haftungen und höheren Haftpflichtprämien bestehen. Eine unzureichende Unterstützung in der Organisation und fehlendes Wissen im Bereich Arzt-Patientenkommunikation ist ebenfalls für eine offene und ehrliche Kommunikation hinderlich.<sup>49</sup> Die Sorge, dass eine Entschuldigung nach einem Behandlungsfehler das Risiko einer Klage

erhöht, ist unbegründet. Es gibt kaum Hinweise dafür.<sup>50</sup> Die Suche nach Aufklärung und der Wahrheit sind die Hauptgründe, warum Patienten sich an Rechtsanwälte, Gerichte und Schlichtungsstellen wenden.<sup>51</sup>

## 5 Das Second Victim Phänomen

### 5.1 Definition „Second Victim“

Bereits 1984 machte Hilfiker D. auf die belastenden emotionalen Auswirkungen auf Ärzte nach einem unerwünschten Ereignis in der Patientenbehandlung aufmerksam.<sup>52</sup>

Der Begriff „Second Victim“ im Zusammenhang mit der emotionalen Belastung nach Behandlungsfehlern bzw. Zwischenfällen in der Behandlung wurde erstmals im Jahr 2000 von Prof. Albert Wu geprägt. In seinem im Jahr 2000 veröffentlichten Artikel „Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too“ beschreibt Prof. Wu einen Arzt, dem ein Fehler in der Diagnostik unterlaufen ist und für seinen Patienten als Folge eine Notoperation notwendig wurde. Wu beobachtete, dass dieser Arzt von seinem Umfeld für seinen Fehler verurteilt wurde und machte sich Gedanken darüber, wie es ihm wohl ergehen würde, wenn er an der Stelle seines Kollegen stehen würde. Er beschreibt die Problematik der „naming, shaming, blaming –Strategie“ und dass damit ein konstruktiver, lernender Umgang mit Fehlern der Einzelpersonen sowie auch der Organisation bzw. eine offene Fehlerkultur nicht möglich sei. Prof. Wu erkannte, dass sein Kollege durch dieses Ereignis emotional schwer belastet war und Hilfe benötigte, um diese Situation bewältigen zu können.

Die Definition von Prof. Wu von „Second Victim“ lautete:

*“Many errors are built into existing routines and devices, setting up the unwitting physician and patient for disaster. And, although patients are the first and obvious victims of medical mistakes, doctors are wounded by the same errors: they are the second victims”<sup>53</sup>*

In weiterer Folge wurde zuletzt von Scott et al der Begriff „Second Victim“ im Jahr 2009 genauer definiert:

*„Second victims are healthcare providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that*

*the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skills and knowledge base.*<sup>54</sup>

## **5.2 Die emotionale Belastung von Second Victims**

Grundsätzlich sind die emotionalen Reaktionen nach einem unerwünschten Zwischenfall abhängig von individuellen Bedingungen des Arztes.<sup>55</sup> Dazu zählen Faktoren wie der psychische Zustand des Arztes, bisherige Erfahrungen mit Zwischenfällen und das eigene Professionsverständnis. Weiters hängen die Reaktionen auch von der bestehenden und gelebten Fehlerkultur der Organisation ab in welcher der Arzt beschäftigt ist. Die Art und Weise, wie generell innerhalb des Krankenhauses mit Fehlern umgegangen wird, beeinflusst auch die Reaktion des betroffenen Arztes und dessen Fehlereinstellung und Fehlerbeurteilung.<sup>56</sup> Auch die Art des Schadens am Patienten und der Schweregrad des Schadens sowie die Reaktionen von Patient und Angehörigen nehmen Einfluss auf die Wirkung und Reaktion des betroffenen Arztes.<sup>57</sup>

### **5.2.1 Mögliche Belastungsreaktionen**

Durch die Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis erleben viele Betroffene eine erhebliche Stressbelastung mit akuter Belastungsreaktion.<sup>58</sup>

Eine solche akute Reaktion ist ein normaler physiologischer Mechanismus der nach außergewöhnlichen Belastungssituationen entsteht und innerhalb weniger Tage wieder abklingt. Jedoch kann in einigen Fällen eine akute Belastungsreaktion in eine pathologische PTBS übergehen. Diese tritt mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten auf und hat u.a. emotionale Abstumpfung, Angstzustände, Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen zur Folge.<sup>59</sup> Für einige Betroffene ist eine Rückkehr in die Arbeitswelt dann nicht mehr möglich und der Beruf als Arzt muss aufgegeben werden, im schlimmsten Fall sind Suizid-Fälle in der Literatur beschrieben.<sup>60</sup>

Die typischen Reaktionen nach einem traumatischen Ereignis werden auf 4 Kategorien aufgeteilt:<sup>61</sup>

| Emotionale Ebene   | Kognitive Ebene                                  | Körperliche Auswirkungen                                      | Verhalten  |
|--|--|---|--|
| Depressive Stimmung<br>Reizbarkeit<br>Gefühle von Einsamkeit<br>Frustration<br>Schuld<br>Ärger | Konzentrations-schwierigkeiten<br>abgelenkt sein | Schlafstörungen<br>Kopfschmerzen<br>Essstörungen<br>Müdigkeit | Verminderte oder hyperaktive Aktivität<br>Drogen oder Alkoholsucht<br>Soziale Isolierung |

*Tabelle 3: Reaktionen nach traumatischen Ereignissen*

Angst, Schuld, Wut, Scham und Erniedrigung sind oft typische emotionale Reaktionen von Ärzten nach einem medizinischen Fehler und diese können oft Tage und sogar Jahre andauern.<sup>62</sup> Auch das berufliche Wohlbefinden leidet und dies äußert sich dahingehend, dass die Angst vor zukünftigen Fehlern groß ist, das berufliche Selbstvertrauen reduziert ist, Schlafschwierigkeiten bestehen und die Arbeitszufriedenheit vermindert ist<sup>63</sup>.

Zu diesen Ergebnissen kam auch eine aktuelle Studie mit Befragung von knapp 300 Schweizer Anästhesisten. Diese äußerten insbesondere Ängste vor möglichen weiteren künftigen Fehlern (51 %) und reduziertes berufliches Selbstvertrauen (45 %). 36 % geben Schlafstörungen an, 32 % geben negative Effekte im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit an und 9 % sorgen sich um ihren Ruf als Arzt<sup>64</sup>.

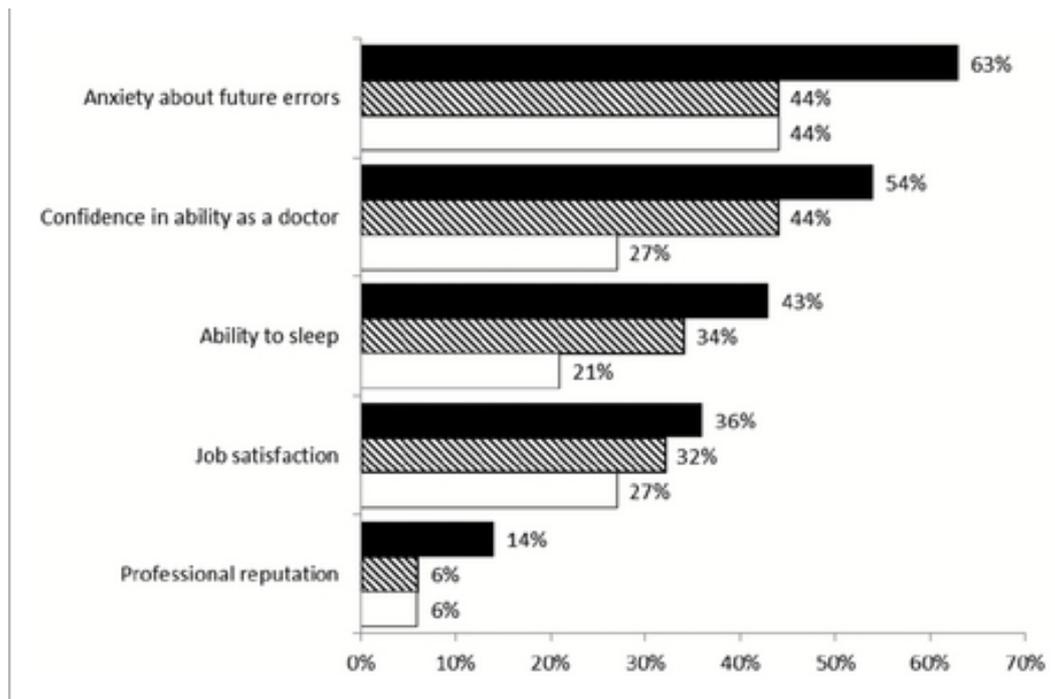


Abbildung 7: Befragung unter Schweizer Anästhesisten

Anmerkung: Impact of errors by level of severity. Serious error [black] minor error [cross] and near miss [white].

Die Studie von West et al. zeigt, dass das Eingestehen eines schweren Fehlers im Zusammenhang mit schweren Burn-out Symptomen, wie Depersonalisierung und emotionaler Erschöpfung, steht und dass ebenso ein erhöhtes Risiko besteht an einer Depression zu erkranken<sup>65</sup>.

| Belastungsreaktion  | Messinstrument      | Selbstberichteter "major error" |       |       |
|---------------------|---------------------|---------------------------------|-------|-------|
|                     |                     | Nein                            | Ja    | p     |
| Lebensqualität      | LASA (0-10, mean)   | 6.54                            | 6.01  | .03   |
| Dimensionen Burnout |                     |                                 |       |       |
| 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 |

Abbildung 8: langfristige Belastungsreaktionen<sup>66</sup>

Engel et al berichten über drei grundsätzliche Kategorien emotionaler Reaktionen mit denen sich Ärzte nach einem Behandlungsfehler auseinandersetzen müssen:<sup>67</sup>

|                      |   |
|----------------------|---|
| Emotionale Not       | Man fühlt sich „furchtbar“, ist „verärgert“, fühlt sich „schlecht“                |
| Schuld/Selbstzweifel | Zweifel hinsichtlich Ausmaß der Verantwortung, Zweifel an der beruflichen Eignung |
| Frustration/Wut      | Über sich selbst, über die Patienten, über die Kollegen                           |

*Tabelle 4: Reaktionen nach einem Behandlungsfehler*

Die Intensität der emotionalen Reaktionen bzw. Belastungen sind lt. Engel et al davon abhängig, wie schwerwiegend die Konsequenzen des Fehlers für den Patienten sind. Auch das Ausmaß der persönlichen Beteiligung und der Verantwortungsgrad sind ausschlaggebend.

### **5.2.2 Auswirkungen auf die weitere ärztliche Tätigkeit**

Neben den emotionalen Reaktionen nach Beteiligung an einem Behandlungsfehler bzw. unerwünschtem Ereignis sind positive sowie auch negative Verhaltensänderungen in der weiteren Patientenversorgung zu beobachten.

Durch die belastenden Auswirkungen eines Behandlungsfehlers besteht die Gefahr eines reziproken Zyklus, was bedeutet, dass die durch den Fehler hervorgerufenen psychischen Belastungen wiederum das Risiko für erneutes fehlerhaftes Handeln erhöht und damit die Patientensicherheit beeinflusst.<sup>68</sup> Fahrenkopf et al. berichten über ein 6-fach erhöhtes Risiko für zukünftige Fehler bei Ärzten mit depressiven Symptomen.<sup>69</sup>

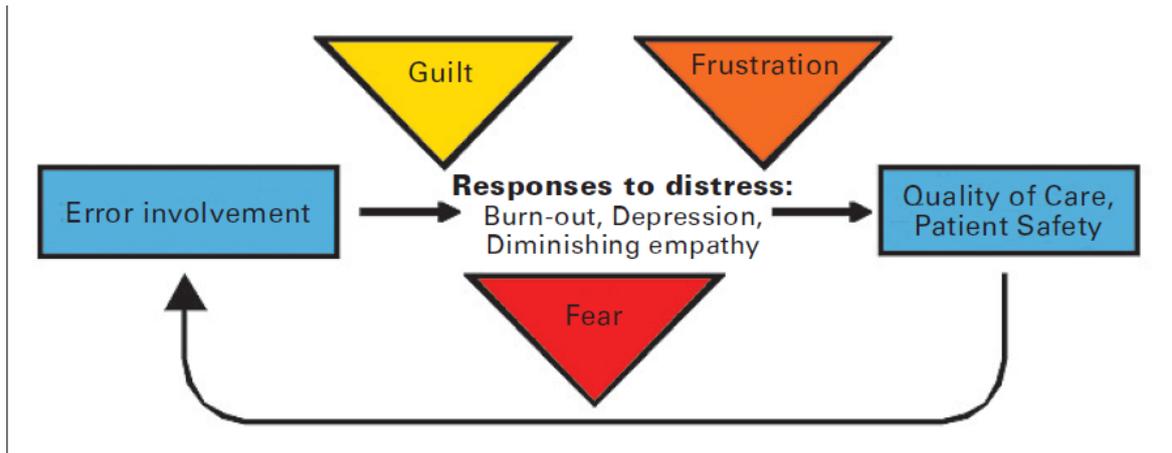


Abbildung 9: Reziproker Zyklus<sup>68</sup>

Eine weitere negative und langfristige Auswirkung eines traumatischen Fehlereignisses stellt auch das praktizieren einer „defensiven Medizin“ dar. Das bedeutet, dass man sich von einer individuellen klinischen Praxis entfernt und bestimmte ärztliche Handlungen aus Angst vor juristischen Konsequenzen oder Angst vor unerwünschten Zwischenfällen oder potentiellen Patientenschädigungen verweigert.<sup>70</sup>

Es konnten aber auch positive Verhaltensänderungen beobachtet werden, wie ein besserer kollegialer Austausch und gestiegene Aufmerksamkeit (zB vermehrt auf Details achten). Die Anerkennung der eigenen Verantwortung und die offene Kommunikation über den Fehler sind wesentlich für eine positive Verhaltensänderung.<sup>71</sup>

### 5.3 Bewältigungsstrategien

Jeder Second Victim hat eine eigene Strategie das Erlebte zu bewältigen, aber Scott et al. beschreiben 6 Stufen der Erholung die typischerweise durchlaufen werden.

#### Phase 1 (Chaos and accident Response):

In den ersten Minuten nach einem Behandlungsfehler herrscht für den betroffenen Mitarbeiter Chaos. Möglicherweise ist er für die Weiterbetreuung des Patienten nicht mehr fähig, da dieser zu diesem Zeitpunkt nicht mehr klar denken kann.

**Phase 2 (Intrusive reflections):**

In dieser Phase versucht der Second Victim, das Geschehene zu reflektieren. Diese Phase ist geprägt von „Was wäre wenn“ Fragen und Insuffizienzgefühlen. Der Second Victim fühlt Schuld und Versagensängste.

**Phase 3 (Restoring personal integrity):**

Es herrscht die Angst davor, wie das private Umfeld und die Kollegen reagieren. Der Second Victim hat Angst davor, seine berufliche Wertigkeit zu verlieren und dass sein Umfeld ihm möglicherweise nicht mehr vertrauen wird. Second victims beschreiben gerade in der Phase 3 die Wichtigkeit einer positiven Fehlerkultur im Team um wieder nach vorne schauen zu können.

**Phase 4 (Enduring the inquisition):**

Es wird bewusst, dass der Behandlungsfehler möglicherweise auch weitere Auswirkungen hat. Es herrscht die Angst vor dem Jobverlust, juristischen Konsequenzen, Verlust der ärztlichen Zulassung usw.

**Phase 5 (Obtaining emotional first aid):**

In dieser Phase wird emotionale Unterstützung im privaten Umfeld oder von Kollegen gesucht bzw. angenommen. Es herrscht Unsicherheit darüber, was man mit wem reden darf.

**Phase 6 (Moving on – dropping out, surviving or thriving):**

Es kommt entweder zu einer Bewältigung der Belastungssituation oder zu einer negativen Entwicklung wie Resignation oder Aufgabe des Arztberufes. Gelingt die Bewältigung der Belastungssituation nicht, droht der Fluchtweg. Viele „flüchten“ vor der Situation in die Sucht (Rauchen, Alkohol, usw.), in Langzeitkrankenstände oder wie oben erwähnt erfolgt die Aufgabe des Arztberufes. Im schlimmsten Fall wird Suizid begangen.

Wie lange die jeweiligen Phasen andauern, ist abhängig vom Grad der Patientenschädigung, eventuellen rechtlichen Konsequenzen, den persönlichen Bewältigungsstrategien des Second Victims und von den zur Verfügung stehenden Unterstützungsmaßnahmen.

Es wird in diesem Zusammenhang empfohlen, geschulte Personen und Peers zur sofortigen und gezielten Unterstützung speziell in den ersten Phasen zur Verfügung zu stellen.<sup>72</sup>

Die Ausprägungen von längerfristigen Auswirkungen für den betroffenen Arzt hängen auch von den persönlichen Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) zur Aufarbeitung einer Stresssituation ab. Es kann hier zwischen problemorientierten und gefühlorientierten Bewältigungsstrategien unterschieden werden. Bei der problemorientierten Bewältigungsstrategie versucht der Betroffene, die genauen Ursachen die zum Zwischenfall führten zu eruieren um daraus Lerneffekte zu generieren. Hier sind insbesondere aufarbeitende und vertrauensvolle Gespräche mit den Kollegen von großer Bedeutung.

Die gefühlorientierte Bewältigungsstrategie bewegt sich weniger auf der rationalen Ebene. Hier werden die emotionalen Reaktionen meist nicht mit interner Hilfe und Unterstützung durch Kollegen verarbeitet, sondern durch Gespräche mit nahestehenden Personen aus dem Privatleben wie zB dem Lebenspartner. Eine gefühlorientierte Bewältigungsstrategie ist zwar angesichts der destruktiven Fehlerkultur in vielen Krankenhäusern verständlich, allerdings werden hier wichtige Bedürfnisse wie etwa die Unterstützung und Bestätigung der Kompetenz durch gleichgesinnte Kollegen nicht befriedigt.<sup>73</sup>

#### **5.4 Bedürfnisse von Second Victims**

Gespräche und der Austausch mit Peers nach Beteiligung an einem unerwünschten Vorfall ist ein zentrales Bedürfnis von Second Victims. Nicht nur der Austausch hinsichtlich fachlicher und sachlicher Aspekte steht im Vordergrund, sondern auch Verständnis und Empathie sind gewünscht und werden gebraucht. Für eine konstruktive Verarbeitung ist es für die Betroffenen wichtig, dass sie in Ihrer grundsätzlichen Kompetenz bestätigt werden und durch den Austausch mit erfahrenen Kollegen die Möglichkeit haben aus dem Zwischenfall zu lernen. „Sprechen und Zuhören“ wird von betroffenen Ärzten als wichtige emotionale Unterstützung empfunden.<sup>74, 75, 76</sup>

Befragungen von Fachpersonen zeigen allerdings, dass im Regelfall keine entsprechende Unterstützung durch Kollegen oder durch die Organisation stattfindet. Eine Befragung von US-amerikanischen Ärzten und Pflegepersonen ergab, dass nur etwa 20% von ihnen eine aktive emotionale Unterstützung angeboten wurde. Die Mehrzahl berichtet, dass es keine Hilfestellung gab, weder emotional noch als Unterstützung bei der Aufarbeitung des Vorfalles noch sonstige Unterstützungsmaßnahmen wie zB Supervision. Eine Pause von der klinischen Tätigkeit direkt nach dem Zwischenfall wurde nur 14 % der Befragten angeboten, was auch hinsichtlich Patientensicherheit äußerst fragwürdig ist.<sup>77</sup>

Eine weitere Studie ergab, dass 90% der befragten Ärzte keine entsprechende Unterstützung im Umgang mit Zwischenfällen durch ihre Organisation erfahren. Der Großteil der befragten Ärzte äußert Interesse an einer professionellen Unterstützung sowie an einer Ausbildung hinsichtlich Patientenkommunikation nach einem schweren Fehler.<sup>78</sup>

Wichtige Aspekte im Umgang mit Second Victims:<sup>79</sup>

- Eine kurze Auszeit der klinischen Tätigkeit bieten
- Kollegiale Gespräche anbieten
- Empathie zeigen
- Den Arzt in seiner fachlichen Kompetenz bestätigen
- Emotionen zulassen
- Den Betroffenen an der Fehleranalyse teilhaben lassen
- Schuldzuweisungen, Beleidigungen, Mobbing vermeiden

## 5.5 Interventionsmöglichkeiten

Nach einem unerwünschten Ereignis ist es nicht nur notwendig, geeignete Maßnahmen zur Aufarbeitung und Korrektur des Fehlers im System, sondern auch Maßnahmen zur Unterstützung des involvierten Personals anzubieten. Support Programme sind am effektivsten, wenn sie im gesamten Prozess zur Patientensicherheit eingebettet sind.<sup>80</sup> Ebenso spielt die vorherrschende Fehlerkultur der Organisation eine wichtige Rolle. Eine konstruktive Fehlerkultur hat einen entscheidenden Einfluss auf die Reaktionen nach einem Behandlungsfehler und deren weiteren Auswirkungen.<sup>81</sup> Es gehört zu den

zentralen Aufgaben von Führungspersonen für eine ausreichende emotionale Unterstützung, als auch für eine geeignete Struktur um Support-Programme implementieren zu können, zu sorgen.<sup>82</sup> Weiters ist zu bedenken, dass Ausfälle aus dem Berufsleben durch die belastenden Auswirkungen nach der Beteiligung an einem Behandlungsfehler möglicherweise drohen und dies einen Verlust für die Institution darstellt. Im Hinblick auf die steigende Nachfrage nach medizinischem Personal, sollte es also im Interesse der Institution bzw. Organisation liegen, Betroffenen eine unbelastete und rasche Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit zu ermöglichen.<sup>83</sup>

### **5.5.1 Aspekte im Umgang mit Second Victims**

Besonders wichtig nach einem unerwünschten Ereignis ist die unmittelbare emotionale Unterstützung von Kollegen und Peers. Ein Großteil der Betroffenen geben an, dass diese Form der Unterstützung sehr hilfreich ist.<sup>84</sup> Diese Unterstützung kann durch verschiedene Personen wie Vorgesetzte, Riskmanager und Kollegen als eine Form von „Erste-Hilfe-Support“ erfolgen. Alleine das aktive Zugehen auf den betroffenen Kollegen, Fragen nach der Befindlichkeit und aufbauende Worte wie „das könnte jedem passieren“, „das ändert nichts an deiner Kompetenz als Arzt“ oder das Erzählen von eigenen Erfahrungen mit Fehlern kann sehr hilfreich für den Betroffenen sein und sich positiv auf den weiteren Verlauf im Umgang mit dem belastenden Ereignis auswirken.<sup>85</sup> Auch das ausführliche Diskutieren des Ereignisses mit einem Kollegen um gemeinsam herauszufinden, was warum geschehen ist wird als hilfreich angesehen.<sup>86</sup> Eine derartige emotionale Unterstützung setzt eine entsprechende offene und vertrauensvolle Kultur im Unternehmen voraus, in welcher ein offener Umgang mit Fehlern möglich ist.

Lt. Seys et al sind insbesondere folgende Aspekte im Umgang mit Second Victims hilfreich:

- Unterstützungsmaßnahmen sollten direkt nach dem Ereignis und 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche zur Verfügung stehen
- Strukturierte Besprechungen sollten organisiert werden

- Ältere Ärzte oder Ärzte in hohen Positionen sollten offen über ihre eigenen Erfahrungen mit Fehlern und den damit verbundenen Belastungen sprechen
- Empathie im Team fördern
- Offene Gespräche mit Kollegen und Zuhören sind besonders wichtig
- Eine offene Diskussion über den Fehler sollte möglich sein
- Erfahrungen im Umgang mit Fehlern austauschen
- Seminare und Schulungen zum Thema Second Victim und Umgang mit Fehlern anbieten, damit ein Bewusstsein dieser Problematik bei allen Mitarbeitern geschaffen werden kann
- Professionelle und vertraulichen Rahmen schaffen, um über den Fehler zu diskutieren

Um eine erfolgreiche Aufarbeitung eines unerwünschten Zwischenfalles zu gewährleisten, sind lt. Leape L folgende Elemente zu berücksichtigen:<sup>87</sup>

#### **Erstreaktion:**

Für die erste Reaktion sollte eine Gruppe geschulter und trainierter Personen zur Verfügung stehen, die akute Soforthilfe leisten, das Ereignis bewertet und weitere geeignete Unterstützungsmaßnahmen koordiniert. Diese Person sollte Erfahrung in der Krisenberatung haben und 24 Stunden täglich, sieben Tage die Woche zur Verfügung stehen. Weiteres sollte die Möglichkeit einer kurzen Auszeit der klinischen Tätigkeit bestehen.

#### **Angepasste emotionale Unterstützung:**

Die emotionale Unterstützung sollte den individuellen Erfordernissen des Betroffenen entsprechen. Eine sofortige Kurzzeithilfe kann vor Ort und innerhalb der Institution durch geeignete Programme oder zB Risikomanagement geleistet werden. Für eine notwendige Langzeithilfe können Dienste entweder innerhalb der Institution oder außerhalb angeboten werden. Um jederzeit einen Zugang zu Diensten zu haben, die vom Betroffenen gerade gebraucht werden, empfiehlt sich die Vernetzung verschiedener Dienste bzw. Anbieter. Wichtig ist auch unterschiedliche Formen von Beratungen anzubieten, wie etwa Einzel- und

Gruppenberatungen, damit die individuellen Bedürfnisse und der aktuelle Gemütszustand berücksichtigt werden können.

### **Training und Schulung:**

Die angebotene Unterstützung kann für den Betroffenen nur nützlich sein, wenn dieser auch mit damit zufrieden ist. Es ist daher wichtig, dass das medizinische Personal schon vorher über mögliche Reaktionsmechanismen nach Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis und über diesbezügliche vorhandene Unterstützungsdienste Bescheid weiß.

### **Post Event Management:**

Neben der o.g. emotionalen Unterstützung sollte der Betroffene auch in die Aufarbeitung im Hinblick auf die Ursache des unerwünschten Ereignisses miteinbezogen werden um aus dem Geschehen Lerneffekte zu generieren damit Wiederholungen verhindert werden können. Eine Situationsbesprechung mit dem beteiligten medizinischen Personal einzeln oder in der Gruppe sollte innerhalb von 24 bis 48 Stunden durchgeführt werden. Eine umfangreiche und genaue Dokumentation bildet die Basis für weitere Initiativen. In dieser Zeit stellt die Kommunikation mit dem Patienten eine kritische Periode dar. Im Idealfall ist der betroffene Arzt geschult und trainiert in der Kommunikation mit Patienten nach Zwischenfällen. Um den Kommunikationsprozess zu erleichtern, sollte nach einem unerwünschten Ereignis ein Coaching und unterstützend ein geschulter Berater zur Verfügung stehen.

#### **5.5.2 Peer Support**

Peer Support scheint von den meisten medizinischen Fachpersonen im Umgang mit den Belastungen nach einem unerwünschten Ereignis als Unterstützungsmaßnahme bevorzugt zu werden.<sup>88, 89</sup>

Unter Peer Support versteht man eine Kooperation von kollegialen Ansprechpartnern der gleichen Berufsgruppe die dem Betroffenen nach einem belastenden Ereignis psychologische Unterstützung bieten. Die organisationsinternen Peers kooperieren eng mit Notfallpsychologen. Die Peers werden speziell ausgebildet, um Erstgespräche mit belasteten Personen zu führen, sofortige emotionale erste Hilfe zu leisten, einen allenfalls weiteren

Fachbetreuungsbedarf zu diagnostizieren und in weiterer Folge geeignete Ansprechpartner zu vermitteln. Zentrale Aufgabe ist, den Betroffenen bei der Bewältigung einer belastenden Situation zu unterstützen, um eine Chronifizierung der Beschwerden bzw. eine spätere PTBS zu verhindern. Durch dieses Unterstützungssystem kann einer unerwünschten „Psychiatisierung“ vorgebeugt werden. Die Kompetenz einer Institution, auf Belastungsreaktionen angemessen zu reagieren wird durch das Einsetzen von Peer-Support-Programmen erhöht.<sup>90</sup>

In Österreich bieten zB die österreichische Polizei und Feuerwehr, das Bundesheer und das Wiener Rote Kreuz strukturierte Peer-Support-Programme für ihre Mitarbeiter als Unterstützungsmaßnahme nach kritischen Ereignissen an.

### **5.5.3 Beispiele Support-Programme**

#### **5.5.3.1 MITSS – Medically Induced Trauma Support Services**

MITSS ist eine im Jahr 2002 gegründete non-profit Organisation mit der Mission „*To Support Healing and Restore Hope*“.<sup>91</sup> Sie bieten Unterstützung sowohl für Patienten und Angehörige als auch für medizinisches Personal, das nach einem unerwünschten Ereignis in der medizinischen Behandlung psychisch belastet ist, an.

Auf der Homepage von MITSS steht das von Pratt et al. entwickelte Toolkit zur Implementierung von Support-Programmen für alle Gesundheitsorganisationen kostenlos zur Verfügung. Das entwickelte Toolkit basiert auf aktuellen Erkenntnissen zum Thema Second Victim und soll eine Hilfestellung für Gesundheitsorganisationen darstellen, die ein eigenes Support-Programm in ihrer Institution installieren möchten. Das Toolkit beschreibt 10 Module inkl. dazugehöriger Tools, Referenzen und Beispielen, die nach Empfehlungen der Autoren alle durchgegangen werden sollten, um eine erfolgreiche Installierung eines Support Programmes zu gewährleisten. Ziel sollte sein, ein individuelles und für das jeweilige Institut passendes Programm zur Unterstützung im Umgang mit Second Victims, erarbeiten zu können.

### 5.5.3.2 CISM – Critical Incident Stress Management

CISM ist ein Programm zur Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen und wird hauptsächlich in Hochrisikobereichen wie zB der Luftfahrt eingesetzt.<sup>92</sup>

In der Luftfahrt werden Flugbesatzungen darauf geschult und vorbereitet, belastende Situationen zu managen. Trotzdem können, bei mangelnder Verarbeitung der Stresssituation chronische Beschwerden auftreten die sich, wie auch beim „Second Victim Phänomen“, in Form eines posttraumatischen Belastungssyndroms äußern können.

Durch CISM werden vorbeugende und begleitende Maßnahmen gesetzt, um die Betroffenen bei der Verarbeitung von Stresssituationen nach belastenden Ereignissen zu unterstützen. Es handelt sich dabei um keine therapeutische Intervention<sup>93</sup>

Ziele von CISM sind:<sup>94</sup>

- Erlernen von Stressbewältigungsstrategien
- Reduzieren der akuten Belastungsreaktion
- Vermeidung einer PTBS
- Rasche Normalisierung
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Um diese Ziele zu erreichen, werden folgende Maßnahmen angeboten:<sup>95-96</sup>

- **„Precrisis intervention“**: Schulung und Training
- **Individuelle Krisenintervention**: „one to one“ Kurzgespräche mit einem geschulten Kollegen („peers“). Gespräche über Stresssymptome und Stressmanagement.
- **Großgruppen-Information** (Demobilisation/Crisis Management Briefing)
- **Kurze Nachbesprechung (Defusing)**: kurzes Gespräch in Kleingruppen (peer support groups) innerhalb von 24 Stunden nach dem Ereignis in ruhiger Atmosphäre.
- **Ausführliche Nachbesprechung (Debriefing)**: strukturiertes Gruppengespräch, welches von einem Arzt oder Psychologen mit

Zusatzausbildung geführt wird. Das belastende Ereignis wird analysiert, die Auswirkungen auf die Beteiligten werden besprochen und Bewältigungsstrategien erarbeitet.

- **Familien- oder Organisationsunterstützung**
- **Nachsorge (Follow up)**
- **Kurzberatung**

Von der deutschen Stiftung „Mayday“ wird seit 1994 strukturierte Soforthilfe für das Personal der Luftfahrt angeboten. Mittlerweile gehören der Stiftung über 300 CISM-geschulte Mitarbeiter an, die Betroffenen rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Die Stiftung bietet Unterstützung unabhängig von Unfallursachen oder Schuldfragen und bietet ein internationales Betreuungsnetz bestehend aus erfahrenen speziell geschulten Piloten und anderen Besatzungsmitgliedern sowie Psychologen. Die Stiftung Mayday wird von mehreren Organisationen der deutschen und internationalen Luftfahrt unterstützt.<sup>97</sup>

Durch CISM konnten die Krankenstände der Lufthansa Besatzung eine Woche nach einem kritischen Ereignis um 40-50% reduziert werden.<sup>98</sup>

Mit „Mayday Austria“ gibt es seit 2010 auch in Österreich eine derartige Anlaufstelle für Piloten und Mitarbeiter der Luftfahrt. Seit 2014 werden von Mayday Austria auch ICISF-zertifizierte CISM-Schulungen in den Bereichen „Individual Crisis Intervention and Peer Support“ sowie „Group Crisis Intervention“ in deutscher Sprache angeboten.<sup>99</sup>

Bisher wird CISM im Krankenhaus-Setting nicht angewandt, wird aber durchaus als geeignetes Instrument zur Erhaltung der mentalen Gesundheit nach einem Zwischenfall auch im Gesundheitswesen gesehen.<sup>100</sup>

### **5.5.3.3 Das 3-Stufen Modell „ForYouteam“**

Ein umfassendes Programm hinsichtlich Unterstützung von Second Victims wurde von Scott et al erarbeitet. Basierend auf einer Erhebung der Bedürfnisse medizinischer Mitarbeiter an der Univ.-Klinik Missouri wurde ein 3-stufiges Unterstützungsangebot entwickelt und eingeführt.

1. ein geschultes Mitglied der Abteilung bietet Soforthilfe; Angebot einer kurzen Auszeit von der klinischen Tätigkeit

2. Intensive Kriseninterventionshilfe durch Peers oder Risikomanager fokussiert auf Schilderung des Ereignisses, Bewältigungsstrategie und Aktivierung von Ressourcen des betroffenen Mitarbeiters
3. Professionelle externe Beratung<sup>101</sup>

### Scott Three-Tiered Interventional Model of Second Victim Support

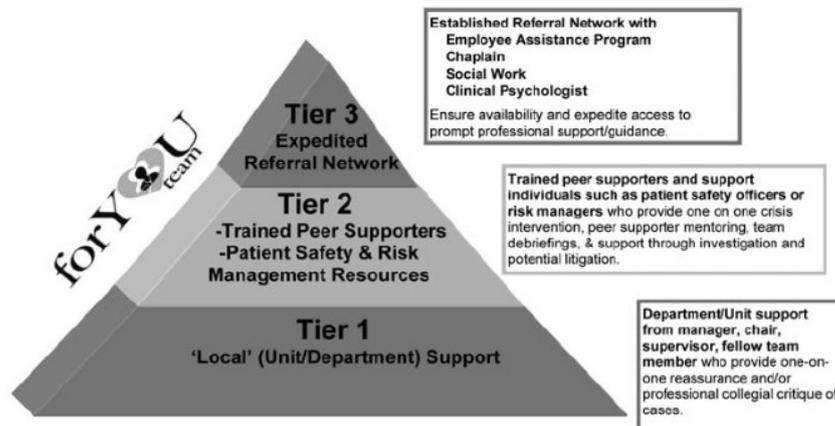


Abbildung 10: Das 3-Stufen-Modell von Scott et al<sup>101</sup>

Die Stufe 1 ist für die meisten Betroffenen eine ausreichende Unterstützungsmaßnahme. Stufe 3 kommt nur selten zu tragen. Die Erfahrungen mit derartigen Unterstützungsmaßnahmen sind positiv. Wichtig ist, dass derartige Angebote von der Führungsebene und der Organisation installiert und gelebt werden und auch ein entsprechendes Gesamtkonzept im Umgang mit Zwischenfällen vorhanden ist.<sup>102</sup>

Von den Autoren wurde ein entsprechendes Arbeitsblatt für Gesundheitsorganisationen, die ein eigenes „Clinician Support Program“ installieren wollen online zur Verfügung gestellt ([http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/building\\_a\\_second\\_victim\\_support\\_programdecember3.pdf](http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/building_a_second_victim_support_programdecember3.pdf)). Dieses Arbeitsblatt enthält sechs Elemente die für die erfolgreiche Installierung eines eigenen Support-Programmes notwendig sind. Diese sind:

1. Vorbereitung auf eine interne Patientensicherheitskultur

2. Identifizieren von bestehenden und potentiellen Personen, die als Peers eingesetzt werden können
3. Aufbau einer entsprechenden Team-Infrastruktur
4. Entwicklung von internen Marketing Kampagnen
5. Festlegung eines Ausbildungsprogrammes für Peers
6. Gewährleistung der Effektivität

**5.5.3.4 Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen – Stiftung Patientensicherheit Schweiz**

Von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz wurden ebenso umfangreiche Empfehlungen zur Unterstützung von Second Victims erarbeitet.. Es wurde ein Drei-Säulen-Modell für den betriebsinternen Umgang mit Fehlern entworfen. Dabei werden drei wichtige Grundlagen, um den Anforderungen und Bedürfnissen von Betroffenen gerecht zu werden aufgezeigt:

| <b>Wissen und Sensibilisierung</b>  | <b>Commitment und Leadership</b>                           | <b>Entwicklung und Übung</b>   |
|---|--|--|
| Vorgesetzte, Kollegen und Mitarbeiter müssen sich der Problematik „Fehler“ bewusst sein | Die Problematik muss als Führungsaufgabe verstanden werden | Erforderliche Bedingungen und Kompetenzen müssen geschaffen und trainiert werden |

*Tabelle 5: 3-Säulen-Modell*

Diese drei Säulen bilden die Basis für eine unterstützende Struktur und ein angemessenes Verhalten im Umgang mit Fehlern.

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfiehlt außerdem, bereits schon in der Grundausbildung von medizinischen und pflegerischen Berufen mit der Sensibilisierung zum Thema Fehler und Umgang mit Zwischenfällen zu beginnen, da dies auch später im Beruf das Verhalten diesbezüglich mit großer Wahrscheinlichkeit positiv beeinflusst.<sup>103</sup> Ein offener und konstruktiver Umgang mit

Fehlern kann nicht kurzfristig durch die Einführung von Fortbildungsveranstaltungen geschaffen werden, sondern dies ist ein Prozess der die gesamte Kultur eines Krankenhauses betrifft und eines entsprechenden Konzeptes bedarf.<sup>104</sup> Als Instrumente zur Unterstützung im Umgang mit Fehlern werden von der Stiftung Patientensicherheit:

- Die Schriftenreihe „Täter als Opfer“ – Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen als umfassendes Werk zum Thema
- Schulungsangebote für Mitarbeiter und Führungspersonen
- Kurzfilm

angeboten.

## 5.6 Der Nutzen von Support-Programmen

Durch Unterstützungsmaßnahmen wie zB Peer-Support die Betroffenen nach der Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis zur Verfügung stehen, kann das Ausmaß der Stressreaktion enorm beeinflusst werden. Dies hat nicht nur positive Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, sondern in weiterer Folge auch auf die Institution, der Sozialversicherung und Patienten.

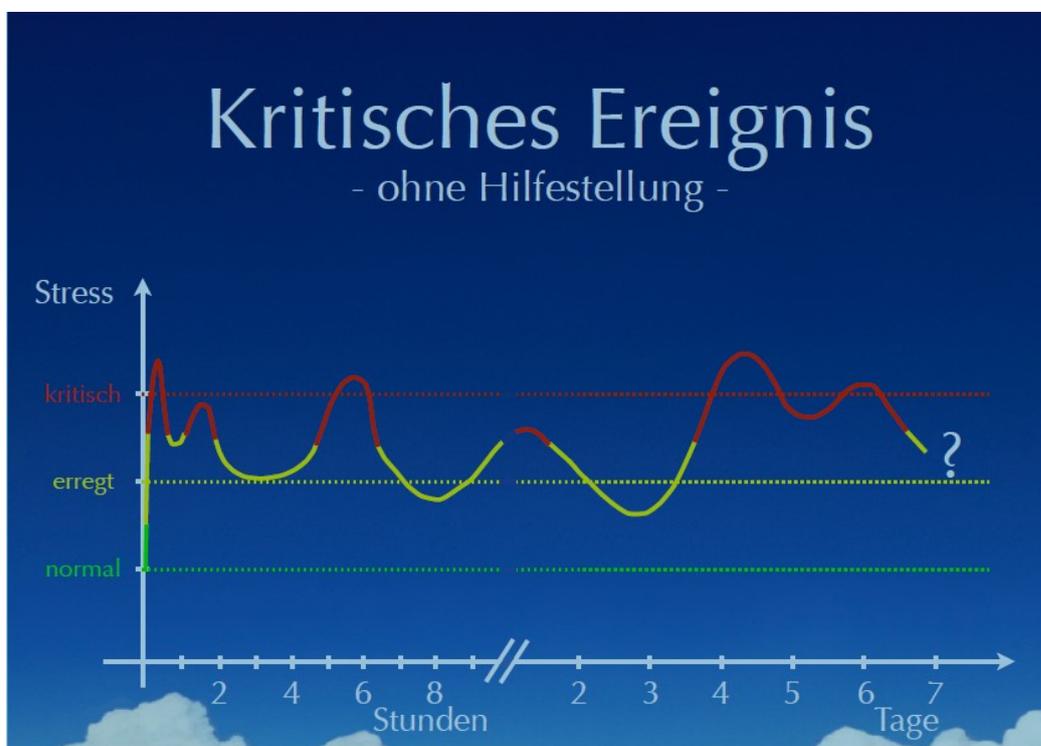


Abbildung 11: Stresslevel nach einem kritischen Ereignis ohne Hilfestellung<sup>105</sup>

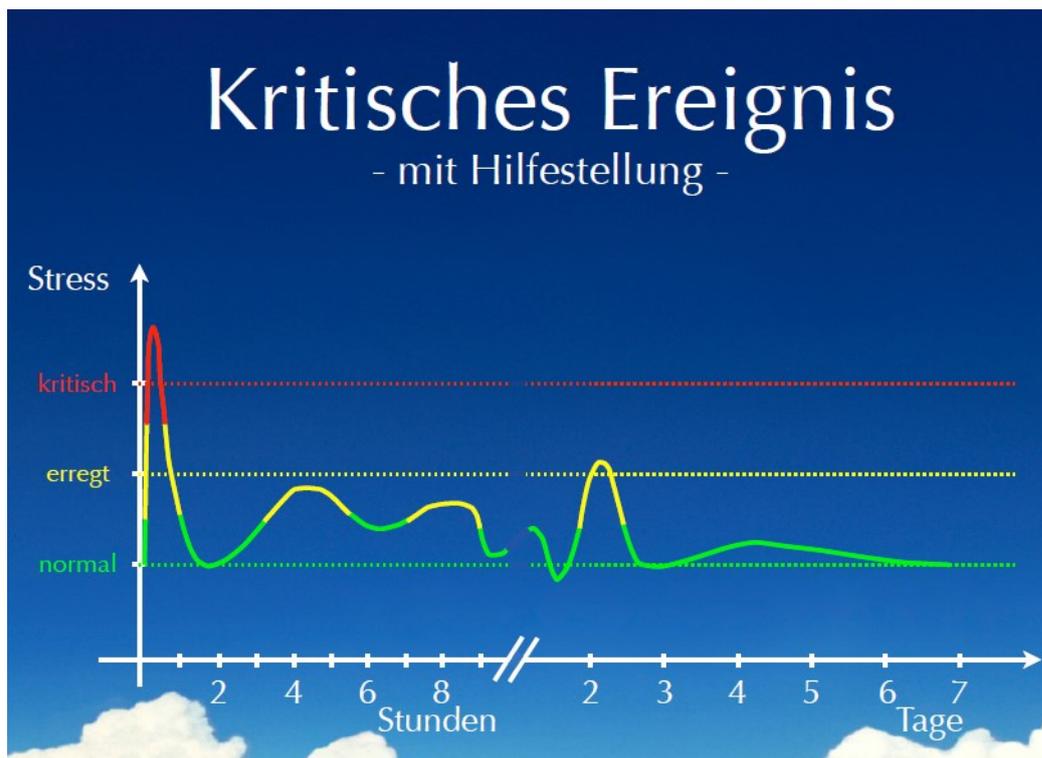


Abbildung 12: Stresslevel nach einem kritischen Ereignis mit Hilfestellung<sup>105</sup>

### 5.6.1 Nutzen für das Krankenhaus bzw. Arbeitgeber

Support-Programme für Mitarbeiter haben eine positive Auswirkung auf die psychosozialen Arbeitsbedingungen und sind durch die Senkung von Abwesenheiten kosteneffektiv (zB Reduktion der psychisch bedingten Krankenstände). Weiters werden durch Support Programme die durch langfristig psychologische Erkrankungen wie PTBS verursachten Arbeitsunfähigkeiten und Langzeitkrankenstände von 4% auf 0,8% reduziert.<sup>105</sup> Support Programme tragen zu einer Verbesserung der Unternehmenskultur und fördern die Sicherheitskultur, die Einführung eines solchen drückt die Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern aus und führt zu einer geringeren Personalfuktuation.

### 5.6.2 Nutzen für die Sozialversicherung

1-6% der jährlichen Gesundheitsausgaben werden durch Behandlungsfehler oder unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Behandlung verursacht.<sup>106</sup> Der durch die Belastung ausgelöste reziproke Zyklus verursacht weitere Fehler, was

zu steigenden Kosten durch einen verlängerten Krankenhausaufenthalt und weiteren Behandlungen führt. Durch die Einführung von Support-Programmen kann eine Reduktion des Krankengeldes erreicht werden.

### **5.6.3 Nutzen für die Mitarbeiter**

Durch die Einführung von Support-Programmen kann das Belastungspotential nach unerwünschten Ereignissen reduziert werden und beugt somit weiterfolgenden psychischen Erkrankungen wie PTBS, Depressionen und Burnout vor. Das Gespräch mit Peers hilft, mit dem Erlebten besser umzugehen und sich selbst und die eigene Stresssituation besser zu verstehen. Dies alles führt zu einer Erhöhung der Arbeits- und Berufszufriedenheit.

### **5.6.4 Nutzen für den Patienten**

Die psychische Situation des Behandlers beeinflusst den Behandlungserfolg. In einer guten psychischen Verfassung passieren weniger Fehler. Eine negative Auswirkung nach der Beteiligung an einem Behandlungsfehler kann Empathieverlust, Gleichgültigkeit und Gefühlskälte gegenüber Patienten sein. Durch die Einführung von Support Programmen kann dies verhindert werden.

## **5.7 Prävalenz von Second Victims**

Lt. Seys et al liegt die Prävalenz des Second Victims Phänomens bei etwa 10-44 % und es wird geschätzt, dass ca. die Hälfte der Gesundheitsfachpersonen im Lauf der Berufskarriere eine Second Victim Phase erleiden werden.<sup>107</sup> In Australien gaben 76% der befragten medizinischen Fachpersonen an, an einem unerwünschten Ereignis involviert und dadurch emotional belastet gewesen zu sein.<sup>108</sup> 77 % der befragten Ärzte in Spaniens Krankenhäusern gaben an, Erfahrungen mit dem Second Victim Phänomen gemacht zu haben.<sup>109</sup> Weiteren Schätzungen zufolge passieren Fehler bzw. unerwünschte Ereignisse in der Patientenbehandlung in einem von sieben Fällen.<sup>110</sup> Einer Umfrage unter Anästhesisten zu Folge, sind ein Großteil der Ärzte dieser Fachrichtung – über 80 % - mindestens einmal in der beruflichen Karriere mit schweren Komplikationen in der Patientenbehandlung bis hin zur Patientenschädigung konfrontiert.<sup>111</sup>

## **6 Unterstützung für Second Victims in Österreich – status quo**

Hinsichtlich Qualitäts- und Risikomanagement und Patientensicherheit hat sich in den letzten Jahren in Österreich einiges getan. Mittlerweile ist die Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheitswesen als selbstverständlich anzusehen. Nicht nur, weil seitens des Gesetzgebers Qualitätsnachweise von Gesundheitseinrichtungen eingefordert werden, sondern auch um den hohen und stark wachsenden Anforderungen denen sich das Gesundheitswesen stellen muss gerecht zu werden.<sup>112</sup>

Dem Thema „Second Victim“ speziell, insbesondere was das Unterstützungsangebot betrifft, nähert man sich dagegen nur sehr langsam. Zwar lassen sich zahlreiche Artikel hinsichtlich der Überlastung von Ärzten finden, diese sprechen allerdings meist Überlastungen durch Arbeitszeiten und unausgeglichene Work-Life-Balance an.

Über die zum Teil enormen gesundheitlichen Folgen und Belastungen eines „Second Victims“ liest man, zumindest in Österreich, sehr wenig bis gar nichts.

### **6.1 Österreichweite PatientInnensicherheitsstrategie 2013-2016:<sup>113</sup>**

Die im März 2013 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ins Leben gerufene österreichweite PatientInnensicherheitsstrategie 2013-2016 hat sich zum Ziel gesetzt, umfassende Sicherheitsaspekte im österreichischen Gesundheitswesen zu verankern um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen, unerwünschte Ereignisse zu minimieren und dient den wichtigen Playern im Gesundheitswesen, wie Bund, Länder, Sozialversicherung, Gesundheitsanbietern, Patientenanwaltschaften etc als Orientierung und Unterstützung rund um das Thema Patientensicherheit.

Die Strategie unterteilt sich in fünf Interventionsbereichen mit jeweils definierten Zielen und Umsetzungsmaßnahmen.

Das Interventionsfeld „Personalentwicklung“ sieht Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Zwischenfällen beteiligt waren, sowie

auch Fördermaßnahmen der Aus- und Weiterbildung insbesondere auch zum Thema „Umgang mit Zwischenfällen“ vor.

Auf Anfrage wurde von der GÖG mitgeteilt, dass es zu diesen Punkten jedoch keine konkreten Ausformulierungen gibt und es den jeweiligen Einrichtungen selbst obliegt in welcher Form etwaige Maßnahmen durchgeführt werden.<sup>2</sup>

## **6.2 Second Victims im intramuralen Bereich**

### **Qualitätsberichtserstattung 2015**

Von der GÖG wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die webbasierte Plattform [www.qualitätsplattform.at](http://www.qualitätsplattform.at) eingerichtet. Über diese Qualitätsplattform werden die Daten zur österreichweiten Qualitätsberichtserstattung mit Hilfe eines von Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen entworfenen Fragebogens eingeholt. Es werden Daten zu den Themen Qualitätsstrategie, Qualitätsmodelle, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement etc. eingeholt. Seit der Novelle 2011 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten ist eine österreichweite Qualitätsberichtserstattung für alle Krankenanstalten gesetzlich verpflichtend.

Für das Berichtsjahr 2015 hinsichtlich Qualitätssysteme in österreichischen Akutkrankenhäusern wurden erstmals auch Daten zum Thema „Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe“ eingeholt. Von insgesamt 161 befragten Krankenanstalten der Akut-/Kurzzeitversorgung – unterschieden wurde zwischen den Krankenanstalten-Typen Standardkrankenanstalt, Schwerpunktkrankenanstalt, Zentralkrankenanstalt, Sanatorien und Sonderkrankenanstalten – haben 76 Einrichtungen angegeben, bereits Unterstützungsmaßnahmen wie zB Peer Support Groups und/oder professionelle Hilfe für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren, implementiert zu haben. 13 Häuser planen, Unterstützungsmaßnahmen zu implementieren. D.h. knapp über die Hälfte aller

---

<sup>2</sup> Auskunft GÖG per Mail am 23.03.2017

Akutkrankenhäuser in Österreich bieten aktuell überhaupt keine Unterstützungsmaßnahmen für Second Victims an.<sup>114</sup>

### **Servicestellen für psychologische Beratung der Krankenanstaltenträger**

Vom Wiener KAV wurde eine psychologische Servicestelle eingerichtet und dieses Service richtet sich an alle Mitarbeiter des KAV aller Professionen. Die Inanspruchnahme der Serviceleistungen ist kostenlos und geboten werden u.a. professionelle psychologische Beratungsgespräche und psychotherapeutische Kriseninterventionen bei Themen wie zB Mobbing, Krisen, Burnout, Stress etc. Bei Bedarf können auch mehrmalige Beratungen in Anspruch genommen werden. Für ein Beratungsgespräch ist eine Terminvereinbarung Montag bis Freitag 8-16 Uhr notwendig.<sup>115</sup>

Auch die Stmk. KAGes hat eine interne psychosoziale Servicestelle für ihre Mitarbeiter eingerichtet und bietet Fachberatungen bei Stress, Burnout, Mobbing etc. an. Weiters werden über diese Servicestelle Teamtrainings, Mediation und Supervision angeboten.<sup>116</sup>

### **Arbeitsgruppe Peer Support Österreichische Plattform Patientensicherheit**

Von der österr. Plattform Patientensicherheit wurde die AG Peer Support ins Leben gerufen. Diese befasst sich mit den Möglichkeiten, Peer Support Programme in Österreichs Krankenanstalten zu implementieren und arbeitet an Ausbildungsinhalten sowie an den notwendigen Rahmenbedingungen die für eine Einführung eines Peer Support Programmes notwendig sind. Ein offiziell verfügbares Konzept gibt es aktuell noch nicht.

## **6.3 Second Victims im extramuralen Bereich**

### **Unterstützungsmaßnahmen der Sozialversicherung**

Hinsichtlich etwaiger Maßnahmen durch die Sozialversicherung für den niedergelassenen Bereich wurde vom Hauptverband der Sozialversicherung mitgeteilt, dass seitens des Hauptverbandes Unterstützungsmaßnahmen für niedergelassene (Kassen-)Ärzte die an einem Fehler oder Zwischenfall beteiligt

sind weder etabliert noch geplant sind. Von Seiten des Hauptverbandes sieht man hier die Verantwortung für die Organisation von Unterstützungsmaßnahmen beim freiberuflichen Arzt selber bzw. bei der Landesführung.

### **AMBOSS-Referat der Ärztekammer Stmk.**

Von Seiten der Landesführung gibt es in der Ärztekammer für Steiermark das AMBOSS-Referat. Die Themenbereiche mit denen sich das Referat beschäftigt umfassen verschiedene Belastungssituationen von Ärzten wie etwa Mobbing, Burnout, zwischenmenschliche Probleme zwischen Arzt/Arzt oder Arzt/Patient sowie generelle berufsbedingte Belastungen eines Arztes. Geboten werden von den Referenten, die fünf verschiedene Fachbereiche abdecken, individuelle Gespräche zur Lösungsfindung und zur Hilfestellung. Ebenso ist eine anonyme Kontaktaufnahme möglich, wenn dies gewünscht ist. Bei rechtlichen Angelegenheiten ist auch die Einbeziehung eines Vertrauensanwaltes möglich.<sup>117</sup>

Das seit dem Jahr 2010 bestehende Referat behandelt durchschnittlich im Jahr 7 Fälle die über einen längeren Zeitraum behandelt werden. Zusätzlich wird von ca. weiteren 10 Ärzten pro Jahr zumindest ein einmaliges Beratungsgespräch in Anspruch genommen. Die überwiegende Mehrheit der Anfragen betrifft Angelegenheiten bzw. Belastungssituationen von angestellten Ärzten. Laut einer Erhebung im Jahr 2016 ist die Ärztekammer für Stmk. die einzige Ärztekammer in Österreich, die in Form dieses Referates eine Hilfestellung für ihre Landesmitglieder in psychisch belastenden Situationen anbietet.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> persönliche Auskunft Ärztekammer Stmk. am 19.04.2017

## 7 Zusammenfassung und Empfehlung

Fehler oder unerwünschte Ereignisse sind im Gesundheitswesen nicht zu vermeiden. Sie sind meistens nicht auf individuelles Handeln alleine zurückzuführen, sondern resultieren meist aus einer unglücklichen Verkettung mehrerer verschiedener Umstände. Zudem muss die grundsätzliche Fehlbarkeit eines Menschen auch im Berufsstand der Ärzte anerkannt und akzeptiert werden – von den Ärzten selber als auch von der Gesellschaft.

Die Auswirkungen eines unerwünschten Ereignisses auf den betroffenen Arzt sind unterschiedlich und hängen zum einen vom aktuellen psychischen Zustand, von der Schwere der Patientenschädigung und vom Grad der Verantwortlichkeit ab. Grundsätzlich ist nach einem außergewöhnlichen negativen Ereignis mit einer akuten Belastungsreaktion zu rechnen. Gelingt die Bewältigung dieser Situation nicht, können chronische Beschwerden im Sinne einer PTBS entstehen. Ein solcher Zustand vermindert die Lebensqualität des Betroffenen enorm und unter Umständen ist die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht mehr möglich. Es folgt die Aufgabe des Berufes und in einigen schlimmen Fällen besteht Suizidgefahr. Die Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis beeinträchtigt nicht nur die psychische Verfassung der betroffenen Person sondern in weiterer Folge auch die zukünftige ärztliche Tätigkeit. Es besteht die Gefahr, dass die durch die Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis entstandenen Belastungsreaktionen wiederum zu erneutem fehlerhaften Handeln führen und damit die Patientensicherheit gefährden. Des Weiteren konnten Verhaltensänderungen der ärztlichen Tätigkeit in Richtung defensive Medizin beobachtet werden.

Es ist daher besonders wichtig, geeignete Maßnahmen für betroffenes medizinisches Personal anzubieten, um diese im Umgang mit der belastenden Situation zu unterstützen. Ziel sollte sein, die Schwere der negativen emotionalen und psychischen Auswirkungen nach einem unerwünschten Ereignis zu minimieren, eine schnelle Genesung zu erreichen und die Entwicklung chronischer Beschwerden zu verhindern. Gerade in Bereichen wie dem Gesundheitswesen, wo Krankheiten gelindert bzw. geheilt und Gesundheit geschaffen wird, sollte die Gesundheit der dort Tätigen gefördert werden.

Die Hälfte der Krankenhäuser in Österreich bietet keine Unterstützungsmaßnahmen für psychisch belastete Mitarbeiter nach einem unerwünschten Ereignis in der medizinischen Behandlung an. Die andere Hälfte gibt an, „professionelle Hilfe“ oder „Peer Support“ als Unterstützungsmaßnahmen implementiert zu haben. Es wird aber vermutet, dass ein umfassendes „Peer-Support-Programm“ in den wenigstens Krankenhäusern installiert ist. Zwar gibt es psychologische Beratungsstellen, ob diese alleine aber als umfassende Unterstützungsmaßnahme geeignet sind, ist fraglich. Diese sind nicht rund um die Uhr erreichbar und auch ist eine Terminvergabe erforderlich. Für die positive Bewältigung einer Belastungssituation ist aber eine sofortige Hilfestellung von großer Bedeutung. Für den niedergelassenen Bereich gibt es diesbezüglich überhaupt keine Anlaufstelle, außer eventuell das AMBOSS-Referat der Ärztekammer Stmk. Die Plattform Patientensicherheit Österreich hat die Arbeitsgruppe Peer Support ins Leben gerufen und arbeitet an Konzepten zur Einführung von Peer Support Systemen. Ein konkretes Konzept ist aber derzeit nicht verfügbar. Diese Umstände zeigen, dass zwar das Thema Second Victim nicht unbekannt ist, aber ein Prozess zur Einführung von Unterstützungsmaßnahmen für Mitarbeiter nach unerwünschten Ereignissen gerade erst am Anfang steht.

Die Hochrisikobereiche Gesundheitswesen und Luftfahrt sind in vielerlei Hinsicht durchaus miteinander vergleichbar und die flächendeckende, strukturierte Einführung von Support-Programmen, wie dies auch in der Luftfahrt schon seit langer Zeit der Fall ist, sollte endlich auch im Gesundheitswesen Anklang finden.

Für die Implementierung von strukturierten Unterstützungsmaßnahmen sind folgende Aspekte zu beachten:

### **Konstruktive Rahmenbedingungen für den Umgang mit Fehlern schaffen.**

Eine offene Fehlerkultur, in welcher Fehler akzeptiert werden und als Lernfaktor angesehen werden bietet von vornherein bessere Voraussetzungen für das Bewältigen von Belastungsreaktionen nach Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis. Offene Gespräche und Diskussionen über den Fehler mit Kollegen

sollten möglich und auch erwünscht sein. Eine solche Kultur entsteht nicht von heute auf morgen, sondern ist das Ergebnis eines fortlaufenden Prozess der insbesondere von der Führungsebene entsprechend getragen und auch mitgelebt werden muss. Es empfiehlt sich daher, Führungspersonen intensiv zum Thema Fehler und Fehlerkultur zu schulen, denn der Umgang mit Fehlern seitens der Führungsebene beeinflusst maßgeblich das Verhalten der gesamten Belegschaft.

Weiters sollte medizinisches Personal bereits früh zum Thema Umgang mit Fehlern sensibilisiert werden, am besten schon in der Ausbildung und im Beruf durch ständige Weiter- und Fortbildung in diesem Bereich. Wer sich der Problematik bewusst ist, dass eine Fehlerfreiheit im Gesundheitswesen nicht erreicht werden kann, dass Fehler passieren und im Hinblick auf eine künftige Vermeidung entsprechend aufgearbeitet werden müssen, dass Fehler auch belastende Auswirkungen auf die involvierten Personen haben, der wird wahrscheinlich auch einen konstruktiven Weg im Umgang mit diesem Thema wählen. Es ist wichtig, dass die möglichen Belastungsreaktionen nach Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis bekannt sind und auch welche Unterstützungsmaßnahmen diesbezüglich in der Organisation angeboten werden. Die österreichweite Patientensicherheitsstrategie sieht Fördermaßnahmen von Aus- und Weiterbildungen insbesondere für den Bereich „Umgang mit Fehlern“ vor.

### **Konkrete Maßnahmen zur emotionalen Unterstützung von Second Victims**

Wenn ein unerwünschtes Ereignis in der medizinischen Behandlung eintritt und dies Belastungsreaktionen bei der involvierten Person hervorruft, sollte es grundsätzlich ein Akt der Kollegialität und der Menschlichkeit sein, hilfsbereit und einfühlsam auf diese Person zuzugehen. Dies gilt sowohl für Kollegen als auch für Führungskräfte. Schon Kleinigkeiten wie das Fragen nach der Befindlichkeit, aufbauende Worte oder das Teilen von eigenen Erfahrungen mit Fehlern zeigen dem Betroffenen, dass er Rückhalt in seinem Team findet. Eine konstruktive Fehlerkultur, Sensibilisierung und Schulungen in diesem Bereich, fördern ein kollegiales Verhalten.

Weiters wird empfohlen, ein geeignetes Support Programm im Unternehmen installiert zu haben um sofortige kurzfristige, aber Bedarf auch langfristige Unterstützungsmaßnahmen anbieten zu können. In der Literatur ist als das am häufigsten präferierte Unterstützungsprogramm das Peer-Support-System angeführt. Die ausgebildeten Peers leisten sofortige emotionale Erste Hilfe, arbeiten eng mit Psychologen zusammen und sind darin geschult einen allenfalls notwendigen weiteren Behandlungsbedarf durch Experten rechtzeitig zu erkennen. In den meisten Fällen kann die kritische Situation durch die Unterstützung von Kollegen und Peers bewältigt werden. In wenigen Fällen gelingt dies nicht und eine weiterführende längerfristige und intensivere Betreuung sollte zur Verfügung stehen bzw. vermittelt werden. Maßnahmen zur Unterstützung von Second Victims sollten folgende Elemente enthalten:

- Das Team sollte grundsätzlich über mögliche Reaktionsmechanismen die nach einem Zwischenfall auftreten können und über vorhandene Unterstützungsdienste in der Organisation ausreichend informiert sein
- Eine sofortige Hilfe durch geschulte Personen sollte sichergestellt sein
- Unterstützung sollte 24/7 erreichbar sein
- Die Möglichkeit einer Auszeit von der klinischen Tätigkeit sollte angeboten werden
- Einzel- und Gruppengespräche sollten angeboten werden; eine Besprechung der Situation sollte möglichst zeitnah erfolgen (innerhalb von 24-48 Stunden)
- Der Betroffene sollte in die Aufarbeitung des Fehlers miteinbezogen werden
- Eine konstruktive Kommunikation des Zwischenfalls mit dem Patienten und Angehörigen sollte sichergestellt sein (siehe dazu Empfehlungen Patientenplattform)
- Bei Bedarf sollte auch eine längerfristige Betreuung sichergestellt und entsprechende Vernetzungen verschiedener Dienste vorhanden sein

Folgende Schritte sind für die Installierung eines Support-Programmes zu setzen:

- Wie oben erwähnt, ist eine Vorbereitung auf eine konstruktive Fehler- und Patientensicherheitskultur in der Organisation notwendig. Mit der Einführung von Instrumenten aus dem Risiko- und Qualitätsmanagement

(zB CIRS) und Konzepten wie der österreichweiten Patientensicherheitsstrategie ist ein großer Schritt in diese Richtung bereits gesetzt worden. Wünschenswert wären intensive Fortbildungen zum Thema Fehler und Umgang mit Fehlern. Insbesondere die Führungsebene muss zu diesem Thema geschult und informiert sein um auch ein entsprechendes Vorbild geben zu können.

- Ressourcen und potentielle Peers müssen identifiziert und gesucht werden.
- Eine entsprechende Infrastruktur muss aufgebaut werden
- Kampagnen entwickeln, um die Mitarbeiter auf die Problematik von Belastungsreaktionen von Second Victims aufmerksam zu machen, sowie Informationen über die geplanten Unterstützungsdienste zu verbreiten
- Ein Ausbildungsprogramm für Peers muss festgelegt werden (Mayday Austria bietet ICISF-zertifizierte CISM-Schulungen an – eine Zusammenarbeit wäre zu überlegen)
- Die Effektivität des Support-Programmes muss durch regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen gewährleistet werden.

Es muss im Interesse der Politik und allen Playern im Gesundheitswesen liegen, für die Gesunderhaltung von Ärzten und Mitarbeitern von Gesundheitsberufen Sorge zu tragen, denn letztendlich hängt die Qualität der Patientenversorgung auch vom Gesundheitszustand des medizinischen Personals ab. Abgesehen davon ist Österreich Partner des WHO-Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“. <sup>118</sup> Dieses Konzept sieht vor, einen größtmöglichen Gesundheitsgewinn von Patienten UND Mitarbeitern zu erzielen. Support Programme nehmen einen positiven Einfluss auf die Betroffenen, helfen bei Bewältigung von Stresssituationen und dienen zur Vermeidung von längerfristigen psychischen Erkrankungen. Zwar entstehen dem Gesundheitswesen durch das Einführen von Support-Programmen Kosten (zB Aus- und Fortbildungskosten der Peers) dem gegenüber stehen allerdings Kostenersparnisse durch weniger langfristige psychische Erkrankungen des medizinischen Personals, Vermeidung von Behandlungskosten die durch fehlerhaftes ärztliches Handeln entstanden sind (reziproker Zyklus), Reduktion von Krankengeld, Reduktion von psychisch bedingten Krankenständen.

Längerfristig profitiert nicht nur die Gesundheit von Mitarbeitern im Gesundheitswesen durch die Implementierung von Unterstützungsmaßnahmen, sondern in weiterer Folge auch die Qualität der Patientenversorgung.

## Literaturverzeichnis

---

- <sup>1</sup> Kleine Zeitung, Steiermark, Samstag 16. Juli 2016
- <sup>2</sup> Kleine Zeitung, Steiermark, 17. September 2016
- <sup>3</sup> Neue, Vorarlberg, Dienstag 21. Juni 2016
- <sup>4</sup> Kronenzeitung, Mittwoch, 6. April 2016, S. 28
- <sup>5</sup> Prutsch K, Ploier M (2005), Behandlungsfehler in der Medizin, Graz, Leykam GmbH & Co KG, S. 199
- <sup>6</sup> [http://www.medizinrecht-stickler.at/02\\_Medizinrecht/02-03\\_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html](http://www.medizinrecht-stickler.at/02_Medizinrecht/02-03_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.html)  
aufgerufen am: 23.06.2017
- <sup>7</sup> Kletecka-Pulker M, Leitner K, Bachinger G (2015), Patient im Recht, Wien, Manz Verlag, S. 19
- <sup>8</sup> Kletecka-Pulker M, Leitner K, Bachinger G (2015), Patient im Recht, Wien, Manz Verlag, S. 205
- <sup>9</sup> ASHRM Survey Definitions Vol 2004 in: Österreichische Plattform Patientensicherheit, Wenn etwas schief geht, Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall, Stand Dezember 2009, online verfügbar: [http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn\\_etwas\\_schief\\_geht\\_12.2009\\_01\\_online\\_Homepage.pdf](http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn_etwas_schief_geht_12.2009_01_online_Homepage.pdf)
- <sup>10</sup> Hochreutener, MA, Conen D (2005), Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen? In: Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen, D, Hochreutener MA (2004): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas, S. 24
- <sup>11</sup> Köbberling J (2016), Behandlungsfehler und Arzthaftung, Praktische Hinweise für Ärzte und Patienten, Verlag: Walter de Gruyter GmbH Berlin, S. 21
- <sup>12</sup> Köbberling J (2016), Behandlungsfehler und Arzthaftung, Praktische Hinweise für Ärzte und Patienten, Verlag: Walter de Gruyter GmbH Berlin, S. 5
- <sup>13</sup> Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, (2000), To Err is Human, Building a Safer Health System, Institute of Medicine US Committee on Quality of Health Care in America, Washington DC (Hrsg), National Academies Press (US)
- <sup>14</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Murphys\\_Gesetz](https://de.wikipedia.org/wiki/Murphys_Gesetz)  
zuletzt aufgerufen: 26.07.2017
- <sup>15</sup> Ennker J, Pietrowski D, Kleine P (2007), Risikomanagement in der operativen Medizin, Steinkopff Verlag Darmstadt, S. 6
- <sup>16</sup> Reason J, Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care. 1995 Jun;4(2):80-9
- <sup>17</sup> Reason J, Human error: models and management, BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237): 768–770.
- <sup>18</sup> Paula Helmut (2007), Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag, Verlag: Springer Medizin Heidelberg, S. 44
- <sup>19</sup> <http://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie/#3>  
zuletzt aufgerufen: 26.07.2017

---

<sup>20</sup> [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/medizinische\\_behandlungsfehler\\_inhalt.html;jsessionid=415388280B4D8EA9A07B6D29C7A0E55E.2\\_cid381?nn=2370692](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/medizinische_behandlungsfehler_inhalt.html;jsessionid=415388280B4D8EA9A07B6D29C7A0E55E.2_cid381?nn=2370692)

zuletzt aufgerufen: 14.06.2017

<sup>21</sup> Debatin JF, Goyen M, Schmitz C. (Hrsg), Zukunft Krankenhaus – Überleben durch Innovation, Berlin, 2006, ABW Wissenschaftsverlag GmbH, S. 128-129

<sup>22</sup> Neuper O. (2014), Risikomanagement als Beitrag zur Patientensicherheit, Rechtliche Grundlagen und Verantwortlichkeiten in Krankenanstalten, Schriftenreihe Recht und Risikomanagement, Band 4, Graz, NWV Verlag GmbH, S. 22

<sup>23</sup> Neuper O., Kocecver M., Schweppe P., Aus Fehlern lernen, JMG 0-2016, 46-53

<sup>24</sup> Löber Nils (2012), Präsentation Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, 5. Symposium Septische Unfallchirurgie und Orthopädie, S. 6, online verfügbar: <http://www.septische-chirurgie.de/MEDIA/com/1105/docs/Dr.%20Nils%20Loeber%2C%20Fehler%20und%20Fehlerkultur%20im%20Krankenhaus.pdf>

<sup>25</sup> <http://www.septische-chirurgie.de/MEDIA/com/1105/docs/Dr.%20Nils%20Loeber%2C%20Fehler%20und%20Fehlerkultur%20im%20Krankenhaus.pdf>

zuletzt aufgerufen am: 14.06.2017

<sup>26</sup> Prutsch K, Ploier M (2005), Behandlungsfehler in der Medizin, Graz, Leykam GmbH & Co KG, S. 180

<sup>27</sup> Kletecka-Pulker M, Leitner K, Bachinger G (2015), Patient im Recht, Wien, Manz Verlag, S. 204

<sup>28</sup> Taschl S. (2010), PatientInnen- und Patientenrechte, Hrsg. FA8A Patientinnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark, S. 58

online verfügbar:

[http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10002277\\_74836729/08f79feb/0712\\_patrechte\\_innenteil\\_ohne.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10002277_74836729/08f79feb/0712_patrechte_innenteil_ohne.pdf)

<sup>29</sup> Prutsch K, Ploier M (2005), Behandlungsfehler in der Medizin, Graz, Leykam GmbH & Co KG, S. 181

<sup>30</sup> Prutsch K, Ploier M (2005), Behandlungsfehler in der Medizin, Graz, Leykam GmbH & Co KG, S. 233

<sup>31</sup> <http://www.aerztekammer.at/patientenanwaltschaft>

zuletzt aufgerufen am: 26.07.2017

<sup>32</sup> <http://www.aekoee.at/documents/3466767/3560960/Zweck+und+Ablauf+der+Schlichtung/761e9545-f777-4702-ae0c-5f43b9ec4409?version=1.2&t=1473082054000>

<sup>33</sup> Taschl S. (2010), PatientInnen- und Patientenrechte, Hrsg. FA8A Patientinnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark, S. 60

online verfügbar:

[http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10002277\\_74836729/08f79feb/0712\\_patrechte\\_innenteil\\_ohne.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10002277_74836729/08f79feb/0712_patrechte_innenteil_ohne.pdf)

<sup>34</sup> Jahn B (2014), Die Schlichtungsstellen und ihr Beitrag zur Entkriminalisierung in der Medizin, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 04/2014, Hrsg. Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung, S. 55

---

<sup>35</sup> <http://www.springermedizin.at/artikel/33039-patienten-entschaedigungsfonds-als-oesterreichische-erfolgsgeschichte>  
zuletzt aufgerufen am: 14.06.2017

<sup>36</sup> Hochreutener MA, Conen D, (2005): Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen? In: In: Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen, D, Hochreutener MA (2004): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas, S. 24

<sup>37</sup> Schüttelkopf, E. (2008): Erfolgsstrategie Fehlerkultur, in: Löber N (2011), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 190

<sup>38</sup> Löber N (2001), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 230 - 251

<sup>39</sup> Löber N (2001), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 231

<sup>40</sup> <http://www.springermedizin.at/artikel/19499-was-fehlt-ist-eine-fehlerkultur>  
zuletzt aufgerufen: 23.07.2017

<sup>41</sup> Paula Helmut (2007), Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag, Verlag: Springer Medizin Heidelberg, S. 43

<sup>42</sup> Köbberling J (2016), Behandlungsfehler und Arzthaftung, Praktische Hinweise für Ärzte und Patienten, Verlag: Walter de Gruyter GmbH Berlin, S. 6

<sup>43</sup> Lauterbach KW, Lungen M, Schrappe M (2010); Gesundheitsökonomie, Management und evidence-based Medicine, Handbuch für Praxis, Politik und Studium, 3. Auflage, Verlag Schattauer GmbH, S. 379

<sup>44</sup> [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/7/7/CH1213/CMS1287051985855/cirspk\\_infoallgemein1.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/7/7/CH1213/CMS1287051985855/cirspk_infoallgemein1.pdf)  
Zuletzt aufgerufen: 08.07.2017

<sup>45</sup> <http://www.cirsmmedical.at/>,  
zuletzt aufgerufen am 08.07.2017

<sup>46</sup> Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W (2003) Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. In: Schwappach D Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsbl 2015 58:80-86,

<sup>47</sup> Österreichische Plattform Patientensicherheit, Wenn etwas schief geht, Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall, Stand Dezember 2009, S. 18-20, online verfügbar: [http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn\\_etwas\\_schief\\_geht\\_12.2009\\_01\\_online\\_Homepage.pdf](http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn_etwas_schief_geht_12.2009_01_online_Homepage.pdf)

<sup>48</sup> Iedema R, Sorensen R, Manias E, Tuckett A, Piper D, Mallock N et al (2008) Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events. In: Schwappach D (2015) Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsbl 2015 58:80-86,

<sup>49</sup> Schwappach D (2015) Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsbl 2015 58:80-86,

<sup>50</sup> Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S., Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? In: Österreichische Plattform Patientensicherheit, Wenn etwas schief geht, Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall, Stand Dezember 2009, S. 19, online

---

verfügbar: [http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn\\_etwas\\_schief\\_geht\\_12.2009\\_01\\_online\\_Homepage.pdf](http://www.patientenanwalt.com/wp-content/uploads/2014/01/Wenn_etwas_schief_geht_12.2009_01_online_Homepage.pdf)

<sup>51</sup> Schwappach D (2015) Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsbl 2015 58:80-86,

<sup>52</sup> Hilfiker D., Facing our mistakes, N Engl J Med. 1984 Jan 12;310(2):118-22

<sup>53</sup> Wu AW, Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too“, BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 726-727

<sup>54</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 18:325–330

<sup>55</sup> Hewett, D. (2001): Supporting Staff Involved in Serious Incidents and During Litigation, in: Löber N (2001), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 169

<sup>56</sup> Christensen, JF et al (1992): The Heart of Darkness: The Impact of Perceived Mistakes on Physicians, in: Löber N (2011), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 169

<sup>57</sup> Löber N (2011), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 170

<sup>58</sup> Schiechl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhesist 2013, 62:734-741

<sup>59</sup> Timothy WM, Raymond CR (2012), Cause for pause after a perioperative catastrophe: one, two oder three victims? In: Schiechl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhesist 2013, 62:734-741,

<sup>60</sup> Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM (2013), Disclosure of Adverse Events in the United States and Canada: An Update, and a Proposed Framework for Improvement, J Public Health Res. 2013 Dec 1; 2(3): e32

<sup>61</sup> <http://www.mitsstools.org/common-reactions-to-trauma.html>  
zuletzt aufgerufen: 28.06.2017

<sup>62</sup> Christensen JF et al (1992), The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians, in: Stiftung für Patientensicherheit Zürich (2010), Täter als Opfer, Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen, Schriftenreihe Nr. 3., S. 19

<sup>63</sup> Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al (2007) The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Saf 33:467–476

<sup>64</sup> McLennan SR, Engel-Glatzer S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS, The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: a cross-sectional survey, Acta Anaesthesiol Scand. 2015 Sep;59(8):990-8.

<sup>65</sup> West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Association of Perceived Medical Errors with resident Distress and Empathy. A Prospective Longitudinal Study. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, JAMA.2006; 296:1071-1077

- 
- <sup>66</sup> West et al (2006), Association of Perceived Medical Errors with resident Distress and Empathy. A Prospective Longitudinal Study, in: Schwappach D; Second Victim: Das Trauma des Arztes nach einem potentiellen Behandlungsfehler, Präsentation 122. Jahrestagung der DGIM
- <sup>67</sup> Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM (2006) Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 81:86–93
- <sup>68</sup> Schwappach DLB, Boluarte TA, *Swiss Medical Weekly* 2008: 138 (1–2): 9–15
- <sup>69</sup> Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al (2008) Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study, *BMJ* 336:488–491
- <sup>70</sup> Löber N (2011), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 172
- <sup>71</sup> Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al (2013) Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 36:135–162
- <sup>72</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18:325–330
- <sup>73</sup> Löber N (2011), Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, 1. Auflage, Gabler Verlag, S. 171-172
- <sup>74</sup> Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M, Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):325-31
- <sup>75</sup> Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM (2006) Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 81:86–93
- <sup>76</sup> Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW (2011) Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn* 121:101–108
- <sup>77</sup> Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER (2014) Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf.* 2015 Jun;11(2):73-8
- <sup>78</sup> Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al (2007) The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Saf* 33:467–476
- <sup>79</sup> Schwappach D, Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. *Bundesgesundheitsbl* 2015 58:80-86, S. 80
- <sup>80</sup> Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al (2013) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* 50:678–687,
- <sup>81</sup> Aasland, O.G., Forde, R., (2005). Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Quality & Safety in Health Care* 14 (1), 13–17.
- <sup>82</sup> Stiftung für Patientensicherheit Zürich (2010), Täter als Opfer, Konstruktiver Umgang mi Fehlern in Gesundheitsorganisationen, Schriftenreihe Nr. 3,

---

<sup>83</sup> Schmidt CE, Gerbers Hagen MU, Salehin J et al (2011) Von der Personalverwaltung zur Personalentwicklung in: Schiechtl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhsist 2013, 62:734-741,

<sup>84</sup> Scott, S.D. et al (2010), Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team in: Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K., Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review, Int J Nurs Stud. 2013 May;50(5):678-87

<sup>85</sup> Edrees HH1, Paine LA, Feroli ER, Wu AW, Health care workers as second victims of medical errors. Pol Arch Med Wewn. 2011 Apr;121(4):101-8.

<sup>86</sup> Aasland, O.G., Forde, R., 2005. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues in: Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al (2013) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. Int J Nurs Stud 50:678–687

<sup>87</sup> Leape LL (2006) When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospitals (Dt. Übersetzung: Stiftung Patientensicherheit Schweiz, online verfügbar: <https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Wenn-etwas-schief-geht.pdf>

<sup>88</sup> Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW, Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open. 2016 Sep 30;6(9):e011708

<sup>89</sup> Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW, Health care workers as second victims of medical errors. Pol Arch Med Wewn. 2011 Apr;121(4):101-8.

<sup>90</sup> <http://www.psychology48.com/deu/d/peer-support-system/peer-support-system.htm>  
zuletzt aufgerufen: 17.08.2017

<sup>91</sup> <http://www.secondvictim.be/links/index.html#00000199770caa220>  
zuletzt aufgerufen: 17.08.2017

<sup>92</sup> Schiechtl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhsist 2013, 62:734-741, S. 736

<sup>93</sup> <http://www.stiftung-mayday.de/index.php?id=40>  
zuletzt aufgerufen: 22.08.2017

<sup>94</sup> Schiechtl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhsist 2013, 62:734-741,

<sup>95</sup> <http://www.stiftung-mayday.de/index.php?id=43>  
zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>96</sup> Schiechtl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhsist 2013, 62:734-741,S. 738

<sup>97</sup> <http://www.stiftung-mayday.de/index.php?id=41>  
zuletzt auferufen: 25.07.2017

<sup>98</sup> Caroline Kunz (2010), Second Victim – Organisationsentwicklung in der Medizin, Letter Laut Gedacht, Hrsg. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, online verfügbar: [http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Second\\_Victim\\_Caroline\\_Kunz\\_Expertenletter\\_Gesundheitswesen\\_01.pdf](http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Second_Victim_Caroline_Kunz_Expertenletter_Gesundheitswesen_01.pdf)

---

<sup>99</sup> <http://www.mayday-austria.at/>  
zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>100</sup> Schiechtl B., Hunger M.S., Schwappach D.L., Schmidt C.E., Padosch S.A., „Second Victim“, Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anästhesist 2013, 62:734-741

<sup>101</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al (2010) Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Jt Comm J Qual Saf 36:233–240

<sup>102</sup> Schwappach D (2015) Nach dem Behandlungsfehler, Umgang mit dem Patienten, Angehörige und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsbl 2015 58:80-86,

<sup>103</sup> Stiftung für Patientensicherheit Zürich (2010), Täter als Opfer, Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen, Schriftenreihe Nr. 3, S. 58-59

<sup>104</sup> Stiftung für Patientensicherheit Zürich (2010), Täter als Opfer, Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen, Schriftenreihe Nr. 3, S. 27

<sup>105</sup> Fahnenbruck G (2014), Präsentation Peer Support, Stiftung Mayday Deutschland, per Mail zur Verfügung gestellt und Genehmigung zur Verwendung von Inhalt und Grafiken erteilt am 10.07.2017

<sup>106</sup> Ostermann H, Zuba M. (2017), Irren ist menschlich – und teuer, Letter Laut Gedacht, Hrsg. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, S. 3, online verfügbar:  
[http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Irren\\_ist\\_menschlich\\_Herwig\\_Ostermann\\_und\\_Martin\\_Zuba\\_Expertenletter\\_Gesundheitswesen\\_2.pdf](http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Irren_ist_menschlich_Herwig_Ostermann_und_Martin_Zuba_Expertenletter_Gesundheitswesen_2.pdf)

<sup>107</sup> Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K, Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof. 2013 Jun;36(2):135-62

<sup>108</sup> Harrison R, Lawton R, Stewart K (2014) Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. In: Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, Ferrús L; Spanish Second Victim Research Team, The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error, J Med Internet Res. 2017 Jun; 19(6): e203

<sup>109</sup> Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Olivera G, Iglesias F, Zavala E, Maderuelo-Fernández JÁ, Vitaller J, Nuño-Solinís R, Astier P, Research Group on Second and Third Victims, The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals in: Mira JJ1, Carrillo I2, Guilabert M2, Lorenzo S3, Pérez-Pérez P4, Silvestre C5, Ferrús L6; Spanish Second Victim Research Team7, The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error, J Med Internet Res. 2017 Jun; 19(6): e203

<sup>110</sup> Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 18:325–330,

<sup>111</sup> Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME (2012) The impact on perioperative catastrophes on anaesthesiologists: results of a national survey., in Schiechtl B, M.S. Hunger, Schwappach DL, Schmidt CE, Padosch SA, Second Victim: Critical incident stress management in der klinischen Medizin, Anaesthesist 2013 62:734-741, S. 734

<sup>112</sup> [http://www.medmedia.at/das-medizinprodukt/risikomanagement-im-krankenhaus-2/.](http://www.medmedia.at/das-medizinprodukt/risikomanagement-im-krankenhaus-2/))  
zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>113</sup> [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502\\_patientensicherheitsstrategie.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf)

zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>114</sup> [https://qualitaetsplattform.goeg.at/backend/Downloads/2015/QS\\_KH\\_Expertenbericht\\_0-Fehler.pdf](https://qualitaetsplattform.goeg.at/backend/Downloads/2015/QS_KH_Expertenbericht_0-Fehler.pdf)

zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>115</sup> <http://www.wienkav.at/kav/gd/ZeigeText.asp?ID=3280>

Zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>116</sup> <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10189750/5756275/>

zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>117</sup> <https://www.aekstmk.or.at/440>

zuletzt aufgerufen: 25.07.2017

<sup>118</sup> <http://www.ongkg.at/>

zuletzt aufgerufen: 25.07.2017