

„Der betroffene Arzt“

Auswirkungen von Zwischenfällen in der Medizin auf beteiligte Ärztinnen und Ärzte

Im Rahmen des Symposiums „Kooperation in Arzthaftungsfragen“ am 16. November 2012 („Bayerisches Ärzteblatt“ 12/2012, Seite 700 f.) wurde in einem Vortrag seitens der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) erstmals auf das Thema der Auswirkungen von Zwischenfällen auf beteiligte Ärztinnen und Ärzte aus medizinisch-psychologischer Sicht eingegangen. Aufgrund des intensiven Echos auf diesen Vortrag widmet das „Bayerische Ärzteblatt“ diesem Thema, welches zwischenzeitlich auch im „Deutschen Ärzteblatt“ (Jahrgang 2012; 109(51-52): A 2574-8) behandelt wurde, nochmals einen eigenen Beitrag. Dr. Christian Schlesiger, Abteilungsleiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK, legt dabei als Psychiater und Psychotherapeut einen Schwerpunkt auf die emotionalen Aspekte und Mechanismen der Verarbeitung medizinischer Zwischenfälle.

Es ist wichtig und richtig, im Falle eines medizinischen Zwischenfalls als Arzt zuallererst den Blick auf seinen Patienten zu richten und medizinisch wie auch menschlich alles zu tun, um diesem beizustehen [1]. In diesem Beitrag soll der Fokus der Betrachtungen aber auf die Frage gerichtet sein, welche Folgen ein Zwischenfall für den Arzt selber haben kann. Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK gibt im Rahmen der Gutachterverfahren auch dem Arzt Raum, zu den Vorwürfen des Patienten Stellung zu nehmen. „Zwischen den Zeilen“ – oder manchmal auch explizit – wird hierbei oft deutlich, wie sehr den Arzt die Vorwürfe des Patienten treffen.

Medizinischer Zwischenfall – eine menschliche Katastrophe

Auszug aus dem Antrag eines Witwers auf Durchführung eines Gutachterverfahrens:

„Meine Frau hatte sich einen Bänderanriss am linken Fuß zugezogen. Da sie über große Schmerzen in der Wade klagte, ging sie zum Arzt Dr. X. Da die Schmerzen nicht besser wur-

den, machte Dr. X noch einen Termin mit dem Krankenhaus, der leider erst in einigen Tagen stattfinden sollte. In der Früh kam die Notärztin, da lebte meine Frau noch. Bevor der Sanka kam, starb meine Frau in meinen Armen.

Man hätte mit ein wenig Sorgfalt den Tod meiner Frau und Mutter meiner zwei Kinder verhindern können. Ich habe selbst die Lockerheit der Ärzte zu spüren bekommen und man musste mir später einen Stent setzen. Wenn man noch jung ist, hat man keine schwerwiegenden Krankheiten zu haben“.

Definition „Zwischenfall“

Wenn im Weiteren von „Zwischenfällen“ gesprochen wird, sind damit Ereignisse im Rahmen der Behandlung eines Patienten gemeint, die unerwünscht sind und die in der Regel zu Schäden (engl. adverse effects) beim Patienten geführt haben – bis hin zum Tod. Teilmengen dieser Zwischenfälle sind Behandlungsfehler, Beinahe-Fehler (engl. near misses) aber auch sogenannte „schicksalhafte Verläufe“, also Zwischenfälle, in denen der Arzt objektiv keine Schuld trifft. Ob der Zwischenfall dem Arzt vorzuwerfen ist und ob er vermeidbar oder unvermeidbar war, ist oftmals erst aus einer ex-post-Sicht zu beurteilen.

Das „zweite Opfer“?

Wenn Ärzte an medizinischen Zwischenfällen beteiligt sind, kann dies erhebliche psychische und körperliche Auswirkungen hervorrufen. Einige Autoren gehen so weit, betroffene Ärzte – unabhängig von der persönlichen Verantwortlichkeit – als „zweites Opfer“ (engl. second victim) des Zwischenfalls zu bezeichnen [2, 3]. Auch wenn individuelles Leid von Patienten und Ärzten niemals vergleichbar ist und schon gar nicht gegeneinander aufgewogen werden kann – Tatsache ist, dass viele Ärzte ebenfalls leiden. In einer groß angelegten Studie untersuchten Watermann et al. [4] an mehr als 3.000 kanadischen und US-amerikanischen Ärzten, welche Auswirkungen Behandlungsfehler in verschiedenen psychologischen Kategorien hatten. Die untersuchten Ärzte berichteten über „verstärkte Angst vor künftigen Fehlern“ (61 Prozent), „Verlust von Selbstvertrauen“ (44 Prozent), „verstärkte Schlaflosigkeit“ (42 Prozent), „verminderte Zufriedenheit im Beruf“ (42 Prozent) und „Beschädigung der Reputation“ infolge des Fehlers (13 Prozent). Die Beeinträchtigungen durch die Beteiligung an einem Fehler waren signifikant häufiger, wenn es sich um einen „ernsten Fehler“ (engl. serious error) handelte, traten aber auch bei mehr als einem Drittel der Ärzte auf, die in einen „Beinahe-Fehler“ (engl. near-miss) verwickelt waren. Die durch einen

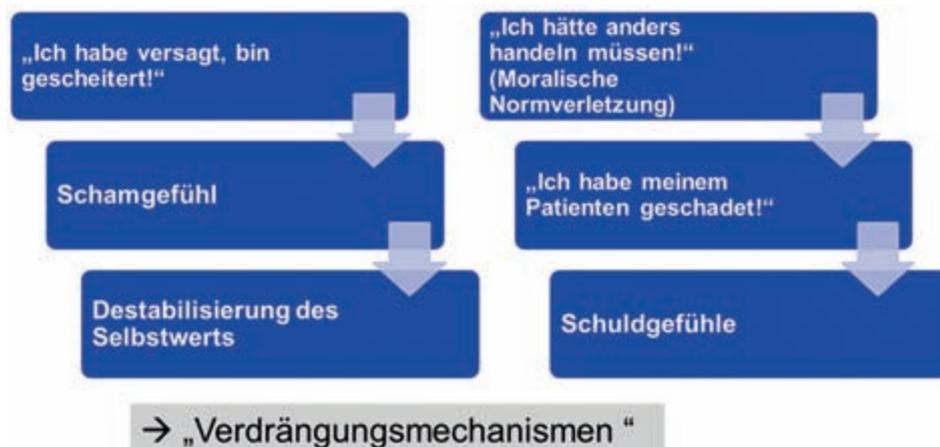


Abbildung 1: Scham- und Schuldgefühle

Fehler verursachten Schlafstörungen sind im Zusammenhang mit Patientensicherheit besonders brisant, da diese wiederum das Risiko für neue Zwischenfälle erhöhen [5, 6].

Emotionale Reaktionsmuster

Erfährt der Arzt davon, dass etwas „schief gelaufen“ ist, können verschiedene psychische Reaktionen folgen. Einige dieser emotionalen Reaktionen werden zum besseren Verständnis dessen, was dem Arzt widerfahren kann, im Folgenden beschrieben.

Gefühl der Scham

Hat man als Arzt einen komplizierten Eingriff erfolgreich durchgeführt, so ist man stolz darauf. Erlebt man das, was man getan hat, als Niederlage oder Scheitern oder wird etwas offenkundig, was man lieber nicht preisgibt, ist die emotionale Reaktion darauf das Gefühl der Scham. Handlungen, die also dem (möglicherweise idealisierten) Selbstbildnis der Person nicht entsprechen, erzeugen Scham und treffen den Selbstwert der Person. Betroffene erleben sich als unzulänglich/inkompetent und haben das Gefühl, versagt zu haben. Das „reale Selbst“ passt nicht mehr zum „idealen Selbst“: Letztlich kann eine Selbstabwertung und eine Schwächung der Selbstachtung resultieren [7].

Gefühl der Schuld

Schuldgefühle treten auf, wenn zwei Voraussetzungen zusammentreffen: Eine Abweichung von eigenen moralischen Normen und (hierdurch) negative Folgen für einen Dritten, in unserem Fall für den Patienten. Der Fokus der Schuldgefühle liegt weniger auf der Bewertung der eigenen Person als Gesamtheit (Selbst), sondern auf dem, was man getan oder unterlassen hat. Bei Schuldgefühlen befinden sich Handlungsergebnisse im Widerspruch mit internen moralischen Sollwerten. Bedeutsam ist die Gewissheit/Überzeugung, dass man hätte anders handeln müssen [7]. Schuldgefühle zu erleben setzt voraus, dass man Bedauern und Mitgefühl für den Geschädigten empfindet. Schuldgefühle sind umso quälender, je näher das Opfer dem Handelnden steht und je stärker es leidet oder verletzt ist (Abbildung 1).

Akute Belastungsreaktion

Fast jeder von uns kennt diese auch als „Schockreaktion“ bezeichnete Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung. Je nach individueller Vulnerabilität und vorhandenen Bewältigungsmechanismen („Coping-Strategien“) variieren Dauer und Schweregrad dieser Reaktion. Die Symptome sind gemischt und wechselnd, oft tritt eine Art von „Betäubung“ auf, der ein Sich

Zurückziehen aus der Umweltsituation folgen kann, oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität mit vegetativen Zeichen von Angst. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden, zurück (ICD-10 GM 2013).

Weitere emotionale Verarbeitung

Aus psychologischer Sicht ist der Mensch bestrebt, unangenehme Zustände wie zum Beispiel bestimmte Emotionen zu meiden. Er kann dies durch die „klassischen“ Abwehrmechanismen wie zum Beispiel Verdrängung erreichen. Mäulen [8] beschreibt fünf Stadien der Verarbeitung, die sich strukturell an die inzwischen allgemein bekannten Stadien der Trauerbewältigung nach Kübler-Ross anlehnen: Nicht wahrhaben wollen – Zorn – Verhandeln – Niedergeschlagenheit – Akzeptanz der Situation (Abbildung 2).

Dysfunktionale Verarbeitung

Dysfunktionale Strategien bestehen beispielsweise in der Einnahme von sedierenden Substanzen, aber auch in exzessivem Absicherungsverhalten (keine Verantwortung mehr übernehmen) oder einem Sich Zurückziehen bis hin zur Berufsaufgabe. Gelingt keine Bewältigung des Erlebten, können auch depressive Störungen (gegebenenfalls mit Suizidalität) oder Angststörungen auftreten. Hat das Erlebte das Ausmaß einer Traumatisierung, kann auch eine posttraumatische Belastungsstörung resultieren, welche nach ICD-10 folgendermaßen definiert ist: Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Gleichgültigkeit

gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf (Abbildung 3).

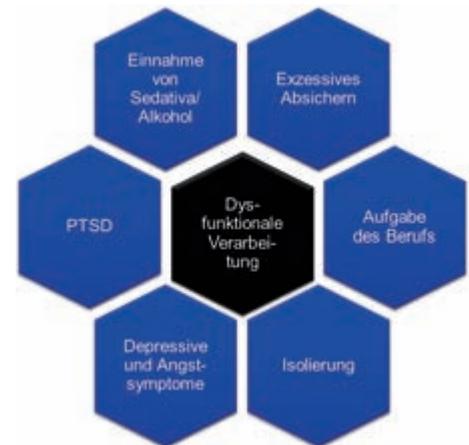


Abbildung 3: Dysfunktionale Verarbeitung von Zwischenfällen

Durchbrechen des Teufelskreislaufs – eine Führungsaufgabe

Dass Ärzte, die in einen medizinischen Zwischenfall involviert waren, Unterstützung in der Verarbeitung des Erlebten erhalten, ist aus Sicht der Autoren vor allem Führungsaufgabe (Abbildung 4), insbesondere bei Ärzten in abhängiger Stellung. Dies bedeutet einerseits, dem betroffenen Kollegen als Vorgesetzter unmittelbar zur Seite zu stehen. Andererseits bedeutet es, sich als Arzt in einer Führungsposition Grundkenntnisse typischer „Warnsymptome“ einer dysfunktionalen Verarbeitung anzueignen, die ermöglichen, diejenigen Kollegen zu identifizieren, die einer besonderen Unterstützung bedürfen.

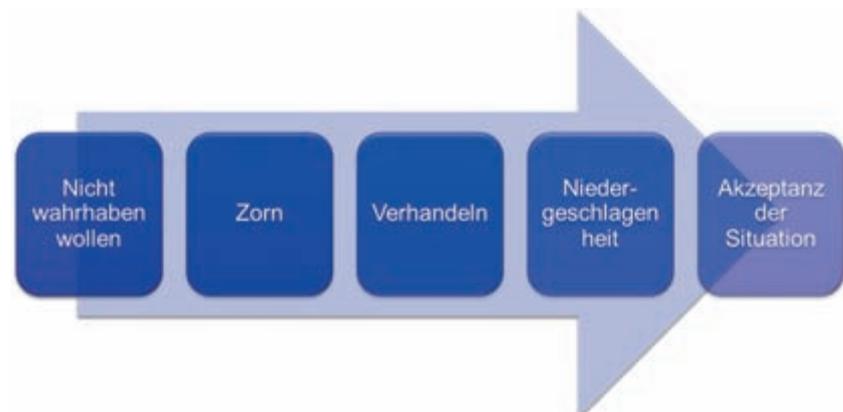


Abbildung 2: Stadien der Verarbeitung von Zwischenfällen nach Mäulen (2000)



Abbildung 4:
Durchbrechen des
Teufelskreises –
eine Führungsaufgabe

Einerseits aus Gründen der Patientensicherheit, andererseits aus grundlegender kollegialer Verantwortung heraus sollte betroffenen Ärzten jede Unterstützung zuteilwerden, die sie im individuellen Einzelfall benötigen. Von Laue und Frank [9] trugen ganz spezifische Bedürfnisse von Mitarbeitern nach einem Zwischenfall zusammen:

- » Kurze Auszeit von der klinischen Tätigkeit,
- » Möglichkeit des Gesprächs mit Kollegen/Peers,
- » Bestätigung der fachlichen Kompetenz,
- » Bestätigung/Aufarbeitung der (klinischen) Entscheidungen,
- » Bekräftigung/Wiedererlangung des Selbstwertgefühls.

Möglichkeiten der Unterstützung von betroffenen Mitarbeitern, aber auch einer „präventiven Grundhaltung“ wurden beispielsweise von Levartz [10] bereits sehr konkret formuliert:

- » Sensibilisierung nach dem Grundsatz: Jeder kann Betroffener sein.
- » Einführung einer Kultur der Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen für den Fall, dass ein Fehler passiert.
- » Schulungen und Übungen für den richtigen Umgang mit Kollegen, denen ein Behandlungsfehler unterlaufen ist.

Abschließendes persönliches Resümee

- » Unsere Patienten sind uns als Ärzten keineswegs egal, wir leiden oftmals mehr mit, als man das für möglich halten würde.
- » Unser Anspruch des „primum non nocere“ stellt uns vor eine innere Zerreißprobe, wenn doch ein Schaden entstanden ist. Tragische Zwischenfälle können den Kern unserer ärztlichen Identität treffen.
- » Ausgebrannte oder zynisch gewordene Ärzte sind kein Indiz dafür, dass Ärzte kein Interesse an ihren Patienten haben, sondern in der Regel Ausdruck einer nicht erfolgten Bewältigung der vielfachen Belastungen des nach wie vor idealisierten Arztes.
- » Der Arzt, der über Jahre seine Patienten sorgfältig, empathisch und menschlich behandelt, ist kein „zu erwartender“ Standard. Er verdient vielmehr Anerkennung.
- » Im Falle eines Zwischenfalls steht ihm eine faire Behandlung zu, auch in der Öffentlichkeit.

- » Angebot unterstützender Strukturen wie Notfall-Telefon, feste Ansprechpartner, Zugang zu professioneller Hilfe.

Zusammenfassung

Ärzte haben ganz offensichtlich ausgeprägte innere Normen, was den Wert der körperlichen Unversehrtheit ihrer Patienten betrifft. Würden sie ihre Tätigkeit lediglich als „Handwerk“ auffassen, gäbe es keinerlei „Notwendigkeit“, Schuld- oder Schamgefühle zu entwickeln – getreu dem Motto: „Wo gehobelt wird, fallen Späne“. Dass Ärzte regelrecht daran zerbrechen können, wenn ihre Patienten Opfer eines medizinischen Zwischenfalls werden, zeigt, dass offensichtlich in vielen Köpfen die Norm herrscht: „Mir darf so etwas niemals passieren!“. Aber es passiert eben doch, auch wenn alle Maßnahmen zur Patientensicherheit perfekt ausgeführt werden. Auf dieses Ereignis sollte man vorbereitet sein. Einerseits ganz individuell durch die Erkenntnis, dass man als Arzt nicht unfehlbar ist. Andererseits durch eine auch im Ärzteteam/in der Ärzteschaft gepflegte „unterstützende Grundhaltung“ eines kollegialen Umgangs miteinander, in dem der Chef oder Kollege niemanden bloßstellt, sondern Fehlerkultur im besten Sinne lebt.

Fehlbarkeit ist menschlich und verzeihlich. Maximales Bemühen um Patientensicherheit ist aber ebenso ärztliche Pflicht, wie sie zum Beispiel in der *Deklaration von Genf* festgeschrieben ist: Auf seine Ehre zu versprechen, dass „die Gesundheit meines Patienten [...] oberstes Gebot meines Handelns“ sein soll und andererseits zu akzeptieren, dass Fehler „nun mal menschlich sind“ – diese beiden scheinbar unvereinbaren Pole zu einem Ganzen zu integrieren, ist aus unserer Sicht zur Ausbildung einer langfristig stabilen ärztlichen Identität erforderlich. Es ist Führungsaufgabe, sein Team – insbesondere junge Ärzte – hierin zu unterstützen. Der Mensch lernt bekanntlich besonders gut durch das „Lernen am Modell“ – sprich: Durch ein Vorbild.

Was kann die Ärzteschaft tun?

1. Durchführung von Studien zur Auswirkung von medizinischen Zwischenfällen auf die seelische und körperliche Gesundheit von Ärzten in Deutschland.
2. Etablierung von „Critical Incident Stress Management-Programmen“ für Ärzte analog den bereits im Rettungsdienst, bei der Polizei und bei der Feuerwehr existierenden Programmen, gegebenenfalls bereits „prophylaktische“ Kurse für Studenten/Berufseinsteiger.
3. Schulung von Führungskräften hinsichtlich „Warnsymptomen“ bei ärztlichen Mitarbeitern nach medizinischen Zwischenfällen und „Erste Hilfe“.
4. Evaluation von Pilotprojekten wie der Einrichtung von „Notfalltelefonen“ oder anderen Hilfeangeboten für Ärzte.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Autoren angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autoren



Dr. Christian Schlesiger,
Abteilungsleiter,
Facharzt für
Psychiatrie und
Psychotherapie,
Facharzt für
Öffentliches Gesundheitswesen

Professor Dr. Bernulf Günther, Vorsitzender,
Facharzt für Chirurgie,
beide Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer,
Mühlbauerstraße 16, 81677 München