

BDAktuell

DGAInfo

Ärztliche Behandlung kann aus der Natur der Sache folgend mit keiner „Erfolgsgarantie“ verbunden sein. Zudem ist medizinisches Agieren durch Risikoaffinität charakterisiert. Das gilt vor allem auch für das Fachgebiet Anästhesiologie in seinen vier Säulen. Trotz aller ärztlichen Bemühungen drohen stets objektiv unvermeidbare planwidrige Behandlungsverläufe, Komplikationen oder das schicksalhafte Verfehlen von Behandlungszielen. Auch iatrogen oder gar durch Behandlungsfehler verursachte Komplikationen und Zwischenfälle können nie sicher ausgeschlossen werden.

In diesem Sinne mag man den Patienten, bei dem sich eine Komplikation oder ein Behandlungszwischenfall mit eventuell sogar tödlichem Ausgang realisiert hat, als – ganz wertfrei – „Opfer“ charakterisieren. Es leiden jedoch nicht nur der Patient und seine Angehörigen: Es „leiden“ auch Ärztinnen und Ärzte, die in komplikative Behandlungssituationen verwickelt wurden oder denen der intendierte Behandlungserfolg misslungen ist. Wessen fundamentales und professionelles Anliegen es ist, anderen Menschen zu helfen, der leidet umso mehr, wenn dieses Ziel verfehlt wurde und dies nicht nur deshalb, weil juristische Konsequenzen drohen oder eintreten: Betroffene Ärztinnen und Ärzte unterliegen nach Behandlungszwischenfällen erheblichen emotionalen und psycho-sozialen Belastungen, weshalb sie auch – ohne das Leiden geschädigter Patienten zu relativieren – als „zweite Opfer“ gesehen werden dürfen.

Auf medizinische Komplikationen und Zwischenfälle ist unter verschiedenen Aspekten adäquat zu reagieren:

- Dies betrifft im Ausgangspunkt das unabdingbare Erfordernis zur möglichen

Vorwort zu:

Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen

R.-W. Bock · E. Biermann · H. Wulf

Weiterbehandlung des Patienten *lege artis*. So ist selbstverständlich, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte in gegebenen Situationen adäquat aus ihrem – sprichwörtlichen – „Medizinischen Notfallkoffer“ bedienen können und müssen.

- Zudem sollte allen Ärztinnen und Ärzten allerdings auch bekannt sein, wie sie auf Behandlungskomplikationen im Sinne eines juristischen Zwischenfallmanagements reagieren müssen, wozu hier auf die Publikation „Der Juristische Notfallkoffer®-Verhalten nach einem Zwischenfall“ (Ulsenheimer K/Bock R-W; http://www.bda.de/downloads/22_2-11JuristischerNotfallkoffer.pdf) verwiesen wird. Dazu gehört insbesondere auch eine adäquate Kommunikation zur Komplikation bzw. zum Zwischenfall mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen.

- Oftmals wird von betroffenen Ärztinnen und Ärzten selbst, aber auch in ihrem beruflichen und privaten personalen Umfeld vernachlässigt, dass zu einer adäquaten Reaktion auf Behandlungszwischenfälle auch das Eingehen auf die emotionale bzw. psycho-soziale Situation Beteiliger gehört. Dafür will vorliegender Beitrag – durchaus auch als Ergänzung zum o. a. „juristischen Notfallkoffer®“ – Empfehlungen formulieren, die konkret abgestimmt auf den Einzelfall, Anwendung finden können.

Dabei wird nicht verkannt, dass im adäquaten Verhalten einerseits unter juristischen und andererseits unter psycho-sozialen Aspekten Wertungswidersprüche auftreten, die vielfach auch eine Gratwanderung darstellen mögen. Beispielsweise bildet die aus psychologischer Sicht nachvollziehbare – und bewusst plakativ so formulierte – Empfehlung „Reden, Reden, Reden!“ prima facie einen Widerspruch zur dringenden juristischen Empfehlung, vom

„Recht auf Schweigen“ Gebrauch zu machen. In diesem Zusammenhang ist etwa zu berücksichtigen, dass der Kollege oder Vorgesetzte, mit dem ein vertrauensvolles Gespräch „zum Fall“ geführt wird, zum Inhalt dieses Gesprächs im Strafverfahren als Zeuge zur Verfügung steht. Andererseits ist bekannt, dass Betroffene in diesen Situationen nicht nur der emotionalen Unterstützung durch Familie und Freunde bedürfen, sondern zur Bestätigung ihrer fachlichen Kompetenz, zur Bestätigung der getroffenen klinischen Entscheidungen und zur Bekräftigung des häufig beeinträchtigten Selbstwertgefühls gerade auch das Gespräch mit Kollegen und Vorgesetzten suchen und benötigen.

Mithin gilt es, unter allen einerseits juristischen und andererseits psycho-sozialen Empfehlungsaspekten eine auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmte praktische Konkordanz herzustellen. So stellt sich aus juristischer Sicht „unüberlegtes Reden“ problematisch dar, weshalb entsprechende Gespräche zum Vorfall nur in einem „geschützten Bereich“ gesucht werden sollten.

Dies erkennend verdient der vorliegende Beitrag Beachtung. Zum einen trägt er die psycho-soziale Komponente von medizinischen Zwischenfallsituationen in das Bewusstsein aller Beteiligten und vermag schon deshalb eine Hilfestellung zu geben. Zum anderen bieten die enthaltenen Empfehlungen als „Bausteine“ nicht zu vernachlässigende Ergänzungen zum Verhalten Betroffener im Sinne eines fachlich-juristischen Zwischenfallmanagements.

R.-W. Bock, Berlin

E. Biermann, Nürnberg

H. Wulf, Marburg

Empfehlungen**Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen*****Einleitung**

Im ärztlichen Berufsleben, aber auch im Studium, in der Pflege und den Assistenzberufen gehen uns Todesfälle, seien sie schicksalhaft bedingt, unklar oder durch mögliche Behandlungsfehler verursacht, oft nahe. Gleicher gilt für schwere Komplikationen, seien sie möglicherweise verschuldet oder unverschuldet eingetreten. Zweifellos haben diejenigen von uns, die schon lange im Beruf sind, diesbezüglich fast zwangsläufig eine gewisse professionelle Distanz entwickeln können und müssen. Es sind also eher die jungen Kolleginnen und Kollegen, die von solchen Vorkommnissen besonders betroffen sind. Aber auch den erfahrenen Facharzt können einzelne Schicksale berühren, insbesondere wenn damit Fragen nach persönlicher Schuld verbunden sind. Konsequenzen aus solchen Belastungen können gravierend sein – nicht nur juristisch. Die Auseinandersetzung mit Behandlungszwischenfällen findet viel zu oft allein und im Stillen statt. Davor sollten wir als potenziell Betroffene, als Kolleginnen und Kollegen, als Vorgesetzte und als Fachdisziplin die Augen nicht verschließen.

Die Fachgesellschaft und der Berufsverband geben Ihnen mit diesem Beitrag ein Instrument an die Hand, das für die Bewältigung solcher Situationen strukturierte Hilfestellungen anbietet. Der „Juristische Notfallkoffer“[®] für das Verhalten bei Zwischenfällen wird dadurch im Sinne eines psycho-sozialen (emotionalen) Notfallkoffers ergänzt.

Wir haben uns als Anästhesisten nicht zuletzt in der Helsinki-Deklaration in besonderem Maße verpflichtet, Schaden von unseren Patienten abzuwenden, und messen der Patientensicherheit höchste Bedeutung bei. Wenn Patienten in unserer Obhut dennoch zu Schaden kommen, so gilt unsere primäre Unterstützung und Empathie zweifelsfrei den unmittelbar Betroffenen („ersten Opfern“), den Patienten und ihren Angehörigen. Es liegt aber ebenso in unserer Verantwortung zu verhindern, dass die betroffenen Kolleginnen und Kollegen oder wir selber zu „2. Opfern“ werden.

Allgemeine Probleme und Symptome

Kurzfristige psychische und körperliche Symptome akut nach dem Ereignis gehören wohl mehr oder weniger zur „normalen“ Verarbeitungsstrategie nach einem Zwischenfall (hierzu gehören: Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuldgefühle, Verunsicherung, Ohnmachtsgefühl, Selbstzweifel, Schlafstörungen, vegetative Begleitreaktion wie Übelkeit, Herzrasen etc.). Es gibt aber typische Symptome, die darauf hindeuten, dass wir oder unser Kollege/ Kollegin durch ein solches Ereignis nachhaltig beeinträchtigt sind, dass also Handlungsbedarf besteht. Diese Symptome gleichen denen einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie Schlaflosigkeit trotz Müdigkeit, wiederkehrende Albträume, „flash-backs“ etc. Im Alltag äußert sich dies häufig durch Überforderung, Gereiztheit und Müdigkeit. Solche

Symptome müssen ernst genommen werden, vor allem dann, wenn wir sie an uns oder an Kolleginnen oder Kollegen für längere Zeit nach dem Ereignis wahrnehmen, wenn wir oder sie nicht „einfach zur Tagesordnung“ übergehen können, wenn unsere oder ihre individuellen Bewältigungsstrategien versagen.

Es gilt also zu erkennen, wann eine normale emotionale Auseinandersetzung mit einem solchen Ereignis droht, pathologische Züge anzunehmen und die Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude des Betroffenen nachhaltig zu beeinträchtigen. Die längerfristigen persönlichen Konsequenzen können zum Teil dramatisch sein, von der Berufsaufgabe bis hin zum Suizid.

Die Symptomatik beim Betroffenen (aber auch die Betroffenheit der Kollegen und der Institution) kann nachweislich die Wahrscheinlichkeit eines (erneuten) Behandlungszwischenfalles erhöhen. Eine gute Aufarbeitung und Betreuung des „zweiten Opfers“ ist insofern auch ein wichtiger Schritt für die künftige Patientensicherheit¹.

* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 07.03.2013 sowie Beschluss des Präsidiums des BDA vom 08.03.2013.

¹ Die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Behandlungskomplikation („drittes Opfer“) ist nach einem schweren Zwischenfall aufgrund der Beeinträchtigung aller Beteiligten nachweislich erhöht. Als „drittes Opfer“ wird gelegentlich auch die betroffene Institution (Abteilung, Klinik, Krankenhaus) bezeichnet, die insbesondere bei entsprechendem Medienecho insgesamt beeinträchtigt sein kann.

Wichtig zu wissen ist auch, warum Hilfe nicht genutzt wird. Die Hemmnisse, die es hier zu überwinden gilt, sind Zeitmangel, fehlendes Vertrauen, Bedenken wegen eines „Karriereknicks“ oder Einträge in der Personalakte, Stigmatisierung wegen psychischer Probleme und Nichtwissen um Anlaufstellen.

Länger bestehende Symptome, die auf eine ernstzunehmende Störung hinweisen (teilweise redundant):

- wiederholte Alpträume bezogen auf das Ereignis
- Gefühl der Empfindungslosigkeit
- „inneres Chaos“ (Angst, Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit)
- Schlaflosigkeit (für mehr als eine Nacht)
- Plötzlicher Verlust an Arbeits- oder Lebensfreude
- Zunehmender Alkohol-, Medikamenten- oder Drogengebrauch
- Verstärkte Reizbarkeit, vegetative Symptome („Hyperarousal“)
- „Flash back“ (sog. Nachhallerinnerungen)
- Gefühl der sozialen Isolation, Rückzugsverhalten
- Konzentrationsstörungen
- Intrusionen (unauslöschliche seelische Prägungen durch die traumatische Erfahrung durch sich aufdrängende Erinnerung, Wiedererleben etc.)
- Persistierende Schuldgefühle
- Wiederauftreten der Erinnerungen an das Ereignis während des Tages.

Mögliche langfristige Konsequenzen nach schweren Behandlungzwischenfällen:

- Depression/Burnout (Angststörung, Posttraumatic Distress Syndrom-PTDS)
- Soziale Isolation (beruflich und privat)
- Erfordernis längerfristiger psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung

- Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Entwicklung einer Abhängigkeit
- Erhöhte Wahrscheinlichkeit erneuter Behandlungzwischenfälle
- Wechsel in ein anderes Krankenhaus
- Wechsel in eine andere Klinikfachrichtung
- Wechsel in eine patientenferne Tätigkeit
- Berufsaufgabe
- Suizid.

Empfehlungen für Betroffene

Schicksalhafte Verläufe und Fehler passieren – auch bei den Besten. Man ist deshalb nicht inkompotent, unprofessionell oder für den Beruf ungeeignet. Im Fall eines tödlichen Verlaufs oder gravierender Komplikationen sollten Sie sofort den Oberarzt/Chefarzt involvieren und den Fall – auch als Gedächtnisprotokoll² – gut dokumentieren. Ein erstes Gespräch mit Angehörigen sollte nicht am Telefon geführt werden – und möglichst niemals allein, sondern gemeinsam mit einem Kollegen oder, wenn sinnvoll, auch im interdisziplinären Team (z.B. mit dem Operateur, Intensivmediziner, Kardiologen usw.).³

Um unterschwelligen Fehlinterpretationen und Schuldzuweisungen zu begegnen, ist auch eine erste interdisziplinäre Nachbesprechung des Falles zu veranlassen⁴.

Sie sollten wissen, dass Sie nach einem solchen Vorfall in vielerlei Hinsicht „nicht verkehrstüchtig“ sind⁵. Sie sollten weder Auto fahren noch am OP-Tisch stehen.

Das Wichtigste ist vielleicht: reden! Je häufiger Sie den Fall, den Ablauf, Ihre Gefühle im beruflichen und privaten

Umfeld kommunizieren, desto leichter fällt die Verarbeitung des Vorgefallenen. Suchen Sie das Gespräch mit Kollegen, Vorgesetzten, aber auch mit Familie und Freunden. Sprechen Sie über fachliche Aspekte, aber auch über Ihre Gefühle. Körperliche Betätigung, Naturerleben oder andere Formen des Stressabbaus gehören dazu. Gestehen Sie sich ein, wenn Sie merken, dass diese Verarbeitung, die Ihnen sonst gut gelingen mag, in diesem einen Fall nicht funktioniert. Suchen Sie spätestens nach einer 1-2 Wochen anhaltenden Symptomatik (siehe Tabelle) professionelle Hilfe!

Empfehlungen für Betroffene⁶:

- Ziehen Sie sich nicht zurück, sondern suchen Sie das Gespräch
- Involvieren Sie sofort den Oberarzt/ Chefarzt
- Dokumentieren Sie den Fall gut (zeitnah, nicht nur juristisch wichtig)
- Führen Sie das erste Gespräch mit Angehörigen nie am Telefon
- Führen Sie Gespräche mit Angehörigen möglichst immer im interdisziplinären Team
- Erwirken Sie schnell eine erste interdisziplinäre Nachbesprechung
- Berücksichtigen Sie, dass Sie vorerst nicht verkehrstüchtig sind
- Erwägen Sie, eine angemessene Auszeit zu nehmen
- Versuchen Sie, eigene Ressourcen zur Stressreduktion zu aktivieren (Sport, Naturerleben, Kultur, soziale Kontakte etc.)
- Suchen Sie bei Zeichen von Burnout, Depression, Angstzuständen, posttraumatischer Belastungsstörung professionelle Hilfe.
- Suchen Sie das Gespräch (mit einem möglichst stabilen Gegenüber und in einer geschützten Umgebung).

2 Hier ist zu unterscheiden zwischen einem eigenen „Gedächtnisprotokoll“, welches nur zu Ihren eigenen Zwecken (ggf. im Zusammenwirken mit Ihrem Anwalt) dient, während schriftliche „Stellungnahmen“, die dem Vorgesetzten/der Administration vorgelegt werden, ggf. beschlagahmt werden können (siehe juristischer Notfallkoffer).

3 Empfehlungen zur rechtlichen Durchführung dieser Gespräche finden Sie im „Juristischen Notfallkoffer“.

4 Dabei ist aus juristischer Sicht zu beachten, dass die Beteiligten ggf. der Staatsanwaltschaft als Zeugen zur Verfügung stehen und Protokolle solcher Besprechungen ggf. beschlagahmt werden können.

5 Der Lokführer darf nach einem „Personenschaden“ weder die Lok in den nächsten Bahnhof noch selbst mit dem PKW nach Hause fahren.

6 Anregungen hierzu stammen u.a. aus der Broschüre „Täter als Opfer – Konstruktiver Umgang mit Fehlern“. Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene der Stiftung für Patientensicherheit & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.

Empfehlungen für Kollegen/innen

Betroffene Ärzte/innen suchen und erwarten bei belastenden Behandlungszwischenfällen Unterstützung und Verständnis – in erster Linie bei Kollegen/-innen. Seien Sie dafür offen. Machen Sie sich bewusst, dass Sie selbst der nächste Betroffene sein könnten, auch wenn Ihnen ein klinischer Verlauf oder das Handeln des Kollegen noch so unverständlich erscheinen mag. Ja, auch Ihnen kann das passieren! Für Sie als Kolleginnen und Kollegen lautet die Empfehlung, Sensibilität zu wecken und dem Betroffenen aktiv Gesprächsbereitschaft zu signalisieren sowie Vertraulichkeit zuzusichern⁷. Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung müssen dabei oft aktiv überwunden werden.

Empfehlungen für Kollegen/innen

- Sie sind als Kollege/in gefordert
- Beteiligen Sie sich nicht an Schuldzuweisungen, Ausgrenzungen oder Mobbing
- Schreiten Sie ein, falls es im Team dennoch dazu kommt
- Signalisieren Sie aktiv Gesprächsbereitschaft, wenn sie sich selbst stabil genug dafür fühlen
- Sichern Sie, soweit möglich, Vertraulichkeit zu
- Sprechen Sie sowohl über fachliche als auch über emotionale Aspekte
- Seien Sie wachsam für Symptome der Belastungsstörung bei Ihren Kollegen (Gereiztheit, Müdigkeit, Lustlosigkeit etc.)
- Überwinden Sie Rückzug und Kommunikationsverweigerung Ihres Gegenüber
- Schicken Sie den Betroffenen nicht unbedingt nach Hause, sondern setzen ihn außerhalb des OP im Haus ein
- Bei länger anhaltender Problematik schlagen Sie eine psychologische bzw. psychosomatische Fachbehandlung vor.

⁷ Werden Sie als Gesprächspartner als Zeuge vernommen, müssen Sie allerdings wahrheitsgemäß antworten.

⁸ „Demobilisation“.

⁹ „Defusing“.

¹⁰ Werden Sie als Gesprächspartner als Zeuge vernommen, müssen Sie allerdings wahrheitsgemäß antworten.

Empfehlungen für Vorgesetzte, Klinikdirektoren, Administration

Werten Sie schwere Behandlungskomplikation als einen Notfall, für die betroffenen Patienten, für das betroffene Personal, aber auch für Ihre gesamte Abteilung/Klinik (das „dritte Opfer“). Sorgen Sie vor!

Prinzipiell ist ein Arbeitsumfeld und -klima anzustreben, welches einen offenen Umgang mit Behandlungskomplikationen fördert und eine sachliche Konfliktregelung ermöglicht. Für die Abteilung, die Vorgesetzten und die Administration lautet die Empfehlung, Sensibilität zu wecken und dem Betroffenen aktiv Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung müssen oft aktiv überwunden werden.

Eine erste kurze Besprechung sofort nach dem Ereignis⁸ informiert die Betroffenen über mögliche physische, kognitive, emotionale und verhaltensspezifische Symptome. Ein zeitnahe (in der operativen Medizin möglichst interdisziplinärer) Termin ermöglicht allen Beteiligten eine Aussprache⁹, auch um falschen Interpretationen vorzubeugen.

Wichtige Aspekte einer solchen „Krisenintervention“, wie sie aus dem Rettungsdienst bekannt ist, sind Aussprache von persönlich Erlebtem, Besprechen und Anerkennen der Gefühle, kognitive Verarbeitung der Gefühle statt Verdrängung/Verneinung. Ggf. werden Reaktionen innerhalb der Gruppe ausgetauscht und kommuniziert sowie Stressbewältigungstechniken erklärt.

Allgemein wird empfohlen, Betroffene nicht unbedingt nach Hause zu schicken, sondern außerhalb des OP, der Intensivstation, des NAW im Haus einzusetzen. Vor allem bei jüngeren Kollegen/-innen sollte man einen erfahrenen Kollegen/in längerfristig als Mentor einsetzen (dies sollte auch aus Ausbildungsgründen eine Selbstverständlichkeit sein).

Darüber hinaus empfiehlt es sich (nicht nur aus diesem Grund), eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (M&M-Konferenz) zu jedem Fall standardisiert zu planen. Wenn nach einem tödlichen Verlauf, bei dem möglicherweise ein Behandlungsfehler im Raum steht, erstmals oder ausnahmsweise in einer Abteilung eine solche Maßnahme ergriffen wird, könnte dies leicht einen „Tribunalcharakter“ bekommen. Ist eine M&M-Konferenz hingegen ein langfristig gut etabliertes Instrument, hilft es allen Beteiligten in der Aufarbeitung des Falles. Zudem sollte man institutionalisierte, möglichst niederschwellige Anlaufstellen etablieren, an die sich Betroffene wenden können (Betriebsarzt, Psychologen, Psychiater). Überlegenswert ist, künftig gezielt tödliche Verläufe in ein (interdisziplinäres) Simulatortraining einzubauen, in Anlehnung an die bereits vorgeschlagene Vermittlung von „soft skills und crisis resource management“. Insgesamt sollte der Umgang mit diesen Situationen künftig Bestandteil der Facharztausbildung und Facharztprüfung werden.

Empfehlungen für Vorgesetzte, die Abteilung, den/die Klinikdirektor/-in und die Administration:

- Seien Sie vorbereitet! Zwischenfälle passieren auch in Ihrem Team. Oder Ihnen selbst
- Nutzen Sie präventiv Erfahrungsaustausch, Schulung und Coaching zum Thema Umgang mit Zwischenfällen und Fehlern
- Seien Sie präsent! Seien Sie Vorbild. Führen Sie empathisch
- Der Behandlungszwischenfall ist ein Notfall, für Patient und Behandlungsteam!
- Behandlungskomplikationen können auch bei Führungspersonen – also auch bei Ihnen – Überforderungsgefühle auslösen
- Signalisieren Sie aktiv Gesprächsbereitschaft
- Sichern Sie Vertraulichkeit zu (unter Beachtung juristischer Limitationen¹⁰, ggf.: Vermitteln Sie einen Gesprächspartner, der Vertraulichkeit zusichern kann)

- Überwinden Sie Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung
- Achten Sie auf psychische Belastungssymptome Ihrer Mitarbeiter nach Behandlungszwischenfällen
- Behalten Sie diesbezüglich die Betroffenen längerfristig im Auge
- Bieten Sie aktiv interne oder externe Hilfe an
- Erteilen Sie Vorverurteilungen, Schuldzuweisungen, Mobbing im Team eine klare Absage
- Führen Sie systematische Nachbesprechungen mit den Betroffenen und im (interdisziplinären, interprofessionellen) Team durch
- Schicken Sie den Betroffenen nicht unbedingt nach Hause, sondern setzen ihn außerhalb des OP im Haus ein
- Setzen Sie ggf. einen erfahrenen Kollegen längerfristig als Mentor ein
- Planen Sie eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (nicht erst oder nur) zu dem Fall
- Erwägen Sie, tödliche Verläufe in ein Simulatortraining einzubauen
- Schaffen Sie institutionalisierte, möglichst niederschwellige Anlaufstellen (Betriebsarzt, Selbsthilfegruppen, geschulte Peers¹¹)
- Schulen Sie sich und die leitenden Mitarbeiter, wecken Sie Sensibilität
- Führen Sie Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen und Diskussionsforen zum Thema durch.

¹¹ „Peers“ sollten integrierte und akzeptierte, gewählte Kollegen/innen sein, die als Vertrauenspersonen besonders geschult für den Umgang mit Behandlungszwischenfällen sind (z.B. durch sog. „peer support teams“).

Danksagung

Wir danken der Stiftung Patientensicherheit für die Zusammenarbeit. Aus dem Material dieser Stiftung sind durch Umarbeitung, Ergänzung und Kürzung ganz wesentliche Anregungen zu Struktur und Inhalten in den vorliegenden Beitrag eingeflossen.

Herrn Rechtsanwalt R.-W. Bock, Berlin, (Kanzlei Ulsenheimer & Friederich) danken wir für die rechtliche Beratung.

Quellen

Täter als Opfer - Konstruktiver Umgang mit Fehlern - Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene. Stiftung für Patientensicherheit & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – www.patientensicherheit.ch

Aktionsbündnis Patientensicherheit: „Reden ist Gold“ - Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.; 2011, 1. Auflage

Gazoni FM, Durieux ME, Wells L: Live after death: the aftermath of perioperative catastrophes. Anesth Analg 2008;107:591-600

Gazoni FM, et al: The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. Anesth Analg 2012; 114:596-603

Krüger, et al: Vermittlung von „soft skills“ für Belastungssituationen. Anaesthetist 2009; 58:582-8

Mäulen B: Jedes Leben zählt – Suizid von Anästhesisten. Anaesthetist 2010;59:395-400

Martin TW, Roy RC: Cause for pause after a perioperative catastrophe: One, two, or three victims? Anesth Analg 2012;114:485-7

Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B: Wie viel Tod verträgt das Team? Schmerz 2009;23:600-8

The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 2005: Catastrophes in Anaesthetic Practice – dealing with the aftermath

Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the US and Canada. JT Comm J Qual Patient Saf 2007;33:467-76

Wenzel V: Suizidalität, persönliche Krisen und burnout. Anaesthetist 2010;59:393-4

Wiemann G, Middendorf V: Arbeitsbedingte psychische Traumatisierung; Ein Präventionsprogramm für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG. Psychologie-Gesellschaft-Politik 2008;60-64

Wulf H: Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Umgang mit tödlichen Verläufen. Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Warum wir darüber reden sollten. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2010;45:638-39 und 656-60

Yue-Yung H, et al: Physicians' Needs in Coping With Emotional Stressors. Arch Surg 2012;147:212-7.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Marburg
Baldingerstraße 1
35043 Marburg, Deutschland
E-Mail: h.wulf@med.uni-marburg.de