

Durch die ärztliche Tätigkeit selbst traumatisiert

Warum Mediziner offen über schlimme Ereignisse und Fehler sprechen sollten

► Medical-Tribune-Interview

WIESBADEN. Ärzte sollen tragische Momente in ihrem Alltag einfach verkraften – so der Anspruch an die Berufsgruppe. Kritische Ereignisse oder eigene Fehler können aber auch Mediziner nachhaltig traumatisieren. Sie werden zum „Second Victim“. Darüber wird viel zu wenig gesprochen, meint Prof. Dr. Reinhard Strametz, einer der führenden Wissenschaftler auf dem Gebiet.

? Viele Ärzte haben den Begriff sicherlich noch nie gehört. Was ist ein Second Victim?

Prof. Dr. Reinhard Strametz: Ein Second Victim ist eine behandelnde Person, die durch ein außergewöhnliches klinisches Ereignis traumatisiert wird. Das heißt, ein Mensch, der beispielsweise einen Fehler begeht, dadurch einen Patienten schädigt oder hätte schädigen können und sich Vorwürfe darüber macht. Es muss aber kein selbst verschuldetes Ereignis sein.

Das Phänomen ist in der Praxis noch weitgehend unbekannt. Vor Kurzem haben wir mit deutschen Internisten eine Studie gemacht. Da zeigte sich: Nur einer von zehn kannte das Phänomen. Sechs von zehn haben aber gesagt: „Ich war es schon mal!“ Es kommt jetzt aber hoffentlich in den neuen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) der Approbationsordnung. Angehende Mediziner werden das dann schon im Studium lernen.

? Wie erleben Betroffene das Phänomen?

Das ist vielfältig. Manche haben eine vorübergehende Beeinträchtigung von Tagen oder Wochen. Bis zu einem Fünftel aller Second Victims berichtet, sich nie von diesem Ereignis erholen zu haben, also dauerhaft traumatisiert zu sein. Das häufigste Symptom ist der Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten. Es bestehen Gedanken wie: „Ich bin der schlechteste Arzt, die schlechteste Ärztin. Anderen wäre das nicht passiert.“ Damit ver-

IM INTERVIEW



Prof. Dr. Reinhard Strametz

Facharzt für Anästhesiologie, Professor für „Medizin für Ökonomen, insbesondere Patientensicherheit“ der Hochschule RheinMain sowie Leiter des Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety

Foto: Fotostudio Hoffmann, Frankfurt

bunden ist eine gesteigerte Angst, künftig Fehler zu machen, neun von zehn Second Victims zeigen dieses Phänomen. Wenn ich aber unsicher in eine Behandlung hineingehe, dann steigt mein Risiko, weitere Fehler zu machen. Das ist bei jedem Menschen so. Die Angst vor juristischen Auseinandersetzungen oder Regressen spielt auch eine Rolle, aber nur in zweiter Linie.

? Welche Folgen hat das für den Berufsalltag der Betroffenen?

Zum einen leidet die Gesundheit der Ärzte, zum anderen ist es aber auch eine Gefahr für die Patientensicherheit, weil die Betroffenen mehr Fehler machen und defensive Medizin betreiben. Es kommt beispielsweise vor, dass Patienten Untersuchungen erhalten, die eigentlich nicht indi-

„Ich hätte am liebsten geweint“

„Wir hatten einen Patienten in der Notaufnahme, der heftig um sich geschlagen hat, weil er um sein Leben kämpfte. Er hatte einen Hämatothorax und ist quasi innerlich erstickt. Wir haben ihn auf die Intensivstation gebracht und versucht, ihn irgendwie zu beruhigen, ohne dabei geschlagen zu werden. Wir sind wie wild gerannt. Ich kam danach zitternd in die Notaufnahme zurück und habe mich gefragt, ob ich alles richtig gemacht habe. Dort wurde ich dann erst mal angepöbeln von Pflegern und Patienten, die wissen wollten, warum das so lange dauert. Ich hätte am liebsten geweint. Ich dachte: Lasst mich in Ruhe. Aber wir hatten keine Zeit, wir haben einfach weitergemacht. Es wäre schön gewesen, im Nachhinein darüber reden zu können, aber es geht immer nur darum, sich medizinisch zu profilieren. Es wird nicht thematisiert, dass man eigentlich mit einer Situation überfordert war, weil das als Schwäche empfunden wird. Auch

in der Geriatrie gab es einige schlimme Momente. Dort war seitens der Oberärzte der Kostendruck zu spüren. Um Betten freizubekommen wurden immer wieder Patienten entlassen, die eigentlich nicht entlassfähig waren. Wir hatten auch eine rüstige ältere Dame dort, die eine Lungenentzündung hatte. Sie war über der Liegezeit, aber ich konnte sie nicht entlassen, weil sie noch Sauerstoff gebraucht hat. Der Oberarzt wollte sie trotzdem entlassen. Als ihre Tochter sich darüber beschwerte, dass sie zu Hause keinen Sauerstoff habe, meinte er: „Irgendwann ist man eben einfach alt genug zum Sterben.“ Ich habe mit ihm diskutiert, aber das hat nichts gebracht. Irgendwann bin ich zur Toilette gegangen, um zu weinen. Es war für mich moralisch nicht vertretbar. Ich habe später rumtelefoniert und konnte ein uraltes Sauerstoffgerät von einem Nachbarn organisieren.“

Ärztin in Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin

„Alle haben so getan, als wäre nichts“

„Ich musste einen COVID-Patienten intubieren, er bekam kaum mehr Luft, um zu sprechen. Wir alle ahnten, dass er es nicht schaffen wird. Er schrieb mit letzter Kraft auf einen Zettel, dass wir seiner Frau ausrichten sollen, dass er sie liebt. Wir riefen die Frau in seinem Beisein an und sagten an seiner Stelle diese Worte, es waren die Abschiedsworte. Nach dieser Situation hatten alle Tränen in den Augen, die schnell weggewischt wurden. Besser man redet nicht drüber. Alle haben sich versteckt und so getan als wäre nichts. Ich habe mit befreundeten Kolleg:innen und Freund:innen über dieses Ereignis und die Scham gesprochen. In unserer Ausbildung lernen wir, anderen zu helfen. Wir lernen auch, dass man besser weiterkommt, je härter man ist, wir lernen leider auch reinzubeißen, und wir lernen, dass Ärzt:innen übermenschlich sein müssen – Stichwort Gött:innen in Weiß. Teilweise ist das auch die Erwartungshaltung in der Gesellschaft. Eine kranke Ärztin – das geht doch nicht. Ein

Arzt, der eine Pause braucht – ein Ding der Unmöglichkeit. Und ich rede von der Kaffeepause, nicht von einer Auszeit. Wir hören „Wenn Du das nicht aushältst, dann hättest du dir einen anderen Job suchen müssen“. Danach habe ich mich erkundigt, was es in Österreich braucht, um einen Verein zu gründen. Ich habe mich über meinen Twitteraccount vernetzt und den Verein „Second Victim“ gegründet und professionalisiert. Alle im Verein arbeiten ehrenamtlich und stecken ihr Herzblut hinein. Wir suchen gerne weitere Mitstreiter:innen. Wir finanzieren eine Telefonhotline und Beratungen rein über Spenden und einen Sponsor.“

Dr. Eva Potura, Anästhesistin und Intensivmedizinerin aus Österreich, Gründerin und Vorsitzende von „Second Victim“

 secondvictim.at

ziert sind. Auch die Empathie leidet, weil die Betroffenen psychisch so in Beschlag genommen sind, dass sie für den Patienten nicht genug Kapazitäten haben.

? Sind Niedergelassene schwerer betroffen als Klinikärzte? Schließlich sind sie in ihren Praxen oft auf sich allein gestellt.

Natürlich ist es so, dass viele Mechanismen Klinikärzte schützen können: psychosozialer Support, Kollegen, die auf mich aufpassen, eine Rechtsabteilung, die gegebenenfalls unterstützt, Vorgesetzte, die mit einem Patienten oder seinen Angehörigen reden können. Niedergelassene sind dagegen Einzelkämpferinnen oder -kämpfer.

Im stationären Bereich kann ich notfalls sagen: „Der muss mal eine Woche krankgeschrieben werden.“ Bei Niedergelassenen ist das schwie-

rig. Das heißt: Die Hemmschwelle, Hilfe anzunehmen, und der Glaube, durchhalten zu müssen, kann – das ist nicht belegt, aber das ist eine valide Vermutung – noch höher sein. Wir überprüfen das gerade.

Kollegiale Gespräche können heilsam sein

? Das Thema ist sicherlich schamhaft. Wie offen wird in der Ärzteschaft über kritische Ereignisse und Fehler geredet?

Es ist immer noch tabuisiert. Darüber spricht man bestenfalls im engsten Kollegenkreis. Wir Ärztinnen und Ärzte werden trainiert: Wir sind die Gesunden, der Patient ist der Kranke.

Du musst funktionieren, ein Halb Gott in Weiß. Man erwartet

von uns, dass wir fehlerfrei und bis an unsere absolute Belastungsgrenze arbeiten. Das Thema Selbstfürsorge spielt eine untergeordnete Rolle. Aber gerade diese Selbstfürsorge ist wichtig, um wieder fit zu werden, fit zu bleiben und dadurch auf höchstem Niveau behandeln zu können.

Wenn ich mich nicht so gut um mich selbst kümmere wie um meine Patienten, dann werde ich früher oder später schwere Fehler machen. Und ich verstoße auch gegen das Genfer Ärztegelöbnis. Man gelobt feierlich, auf die eigene Gesundheit zu achten, um Patienten auf höchstem Niveau behandeln zu können. Ich darf also zugeben: „Ich habe ein Problem und ich brauche Hilfe.“ Das ist ein Zeichen von Stärke, nicht von Schwäche. Denn dafür braucht es Mut und Ehrlichkeit. Es ist viel einfacher, das Problem verdrän-

Psychosoziale Hilfsangebote nutzen

Wer Schwierigkeiten hat, eine Situation des ärztlichen Berufsalltags seelisch zu bewältigen, kann sich an den Verein „PSU-akut“ wenden.

Der Verein bietet kostenlos und anonym psychosoziale Unterstützung bei besonderen Belastungssituationen von

Beschäftigten im Gesundheitswesen. **Die Telefon-Helpline ist täglich von 9 bis 21 Uhr erreichbar: 0800 0 911 912**

 psu-helpline.de/

Wie oft passieren Behandlungsfehler?

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) hat jüngst die fünfte Studie ihrer Reihe „The Economics of Patient Safety“ veröffentlicht. Sie geht darin davon aus, dass einer von zehn Krankenhaufällen durch vermeidbare Medikationsfehler entsteht. In einer vorigen Publikation heißt es, dass 13 % der Kosten im Krankenhaus und im ambulanten Bereich vermeidbar wären, wenn die Patientensicherheit gewährleistet wäre. „Das wären schätzungsweise 53 Mrd. Euro jedes Jahr in Deutschland“, erklärt Prof. Strametz. Vermeidbare Fehler würden zu den zehn häufigsten Todesursachen weltweit gehören. Viele Fehler würden allerdings gar nicht entdeckt, gibt der Experte zu bedenken. Für einen systematischen Überblick, insbesondere über schwere Patientenschäden, würden hierzulande Behandlungsfehlerregister fehlen. „Die Ärztekammern und die Schlichtungsstellen leisten gute Arbeit, sind aber nicht vernetzt. Außerdem werden diese Einrichtungen immer noch zu selten genutzt. Es wäre gut, wenn wir genauere Zahlen darüber hätten, wie viel in Deutschland wo passiert – und damit natürlich auch darüber, welche Prioritäten wir im Sinne von Sicherheitsmaßnahmen im Gesundheitswesen setzen müssten.“

gen zu wollen, mit Alkohol oder Medikamenten.

Bräuchte es im Gesundheitssektor Strukturen, die den Austausch über traumatisierende Ereignisse erleichtern?

Ich glaube, da können wir in der somatischen Medizin noch viel lernen. In der Psychiatrie würde niemand auf die Idee kommen, auf Dauer ohne Supervision zu arbeiten. Ich glaube, sie täte auch uns sehr gut und könnte uns helfen, weiter auf Topniveau zu funktionieren. Ich vergleiche das gerne mit der Fußballbundesliga: Kein Profifußballer würde bei der Belastung ohne Physiotherapie-Abteilung verletzungsfrei durch eine Saison kommen.

Meine Vision ist, dass es auch über die Kammern oder über andere Verbände ein flächendeckendes Angebot an Unterstützung gibt. Am niederschwelligsten sind wahrscheinlich kollegiale Netzwerke, in denen ich mich mit Gleichgesinnten zu einer Gemeinschaft zusammenschließe. Denn eines muss klar sein: Früher oder später erwischt es jeden. Das Positive ist: Wenn ich rechtzeitig Unterstützung suche, dann berichten Psychotherapeuten, dass teilweise zwei bis drei ordnende Gespräche reichen, um ein Second Victim nach ihrer Definition zu heilen, also voll funktionsfähig zu machen. In sechs von zehn Fällen reicht sogar die empathische kollegiale Hilfe vollkommen aus, wenn sie rechtzeitig erfolgt.

Wir müssen auch dafür sorgen, dass die Arbeitsbedingungen nicht schon unter normalen Verhältnissen prekär sind. Wenn eine Krise kommt, müssen wir noch Kapazitäten haben, um darauf reagieren zu können. Deswegen müssen wir über Reservekapazitäten im stationären und ambulanten Bereich nachdenken. *Interview: Isabel Aulehla*

Wer einmal „alles Gute“ wünscht, muss dabei bleiben

Positive Schlussformel darf nicht nachträglich aus Arbeitszeugnis gestrichen werden

Urteil des LAG Niedersachsen

HANNOVER. Manchmal lassen Beschäftigte ihr abschließendes Arbeitszeugnis so oft durch den Arbeitgeber nachbessern, dass dieser gerne genervt die guten Wünsche aus der Schlussformel streichen würde. Das darf er aber nicht, urteilte kürzlich das Landesarbeitsgericht Niedersachsen.

Geklagt hatte eine Angestellte einer Fitnessstudio-Kette. Bei ihrem Austritt aus dem Unternehmen er-

hielt sie ein gutes Arbeitszeugnis, in dem es unter anderem hieß: „Frau A. verlässt unser Unternehmen auf eigenen Wunsch. Wir danken ihr für ihre wertvolle Mitarbeit und bedauern es, sie als Mitarbeiterin zu verlieren. Für ihren weiteren Berufs- und Lebensweg wünschen wir ihr alles Gute und auch weiterhin viel Erfolg.“

Die ehemals Beschäftigte sah jedoch Optimierungsbedarf. Sie verlangte, die Bewertung ihres

Arbeits- und Sozialverhaltens zu verbessern – was der Arbeitgeber umsetzte. Eine weitere Korrektur forderte die Mitarbeiterin dann unter Fristsetzung und Androhung weiterer rechtlicher Schritte. Der Arbeitgeber würdigte dies, indem er in der neuen Version auf Worte des Bedauerns oder gute Wünsche verzichtete. Die Frau zog vor Gericht, um sie einzufordern.

Sie argumentierte, es bestehe zwar kein Anspruch auf die For-

mulierung, doch das Unternehmen habe sich durch die vorherige Version selbst gebunden. Das Landesarbeitsgericht Niedersachsen gab ihr Recht. Die Weigerung des Arbeitgebers verstoße zudem gegen das Maßregelungsverbot: Ein Arbeitnehmer darf nicht benachteiligt werden, weil dieser seine Rechte ausübt. Inzwischen ist der Fall beim Bundesarbeitsgericht anhängig. *IsA*

Urteil des LAG Niedersachsen vom 12.7.2022: Az.: 10 Sa 1217/21

FLUAD® TETRA

Karl hat gut Lachen – er geht Grippe mit **WIRKVERSTÄRKUNG** an.

AB 65 JAHRE

VON IHREM GRIPPE-IMPfstoff-SPEZIALISTEN CSL SEQIRUS

- Der einzige **adjuvantierte, tetravalente Grippeimpfstoff**
- Verstärkte **Immunantwort durch Adjuvans MF59**
- **Ohne Aluminium**

EINFACH. JETZT. BESTELLEN.
0800 360 10 10 oder ccc@seqirus.com

Fluad Tetra - Injektionssuspension in einer Fertigspritze
Wirkstoff: Influenza-Impfstoff (Oberflächenantigene, inaktiviert, adjuvantiert)

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Zusammensetzung: Arzneil. wirks. Bestand.: je 15 µg Hämagglutinin von verschiedenen Influenza-Virus-Stämmen (Influenzavirus-Oberflächenantigen (Hämagglutinin und Neuraminidase), inaktiviert, in befruchteten Hühnereiern gezüchtet) mit MF59C1 als Adjuvans, entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der WHO (nördliche Hemisphäre) und der EU. **Sonst. Bestandteile:** Adjuvans MF59C1: Squalen (975 mg), Polysorbat 80 (1.175 mg), Sorbitantrioleat (1.175 mg), Natriumcitrat (0,66 mg) und Citronensäure (0,04 mg). **Andere Hilfsstoffe:** Natriumchlorid, Kaliumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumphosphat-Dihydrat, Magnesiumchlorid-Hexahydrat, Calciumchlorid-Dihydrat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiet:** Influenzaphylaxe für ältere Menschen (65 Jahre oder älter). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Adjuvans, einen der sonstigen Bestandteile oder gegen mögliche Rückstandspuren wie z. B. Ovalbumin, Kanamycin und Neomycinsulfat, Formaldehyd, Cetyltrimethylammoniumbromid (CTAB) und Hydrocortison. Schwere allergische Reaktion (z. B. Anaphylaxie) auf vorangegangene Influenza-Impfungen. **Warnhinweise:** 65 Jahre und älter. Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. Spritze im Umkarton aufbewahren, um Inhalt vor Licht zu schützen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen; Schmerzen an der Injektionsstelle, Müdigkeit. Häufig: Appetitverlust; Übelkeit, Diarrhö; Myalgie, Arthralgie; Ekchymosen (oder blaue Flecken an der Injektionsstelle), Schüttelfrost, Erythem, Verhärtung, Influenza-ähnliche Erkrankung. Gelegentlich: Erbrechen, Fieber (≥ 38 °C). **Nebenwirkungen nach Vermarktung** (basierend auf Daten des bereits vermarkteten Produktes Fluad (trivalente Formulierung, mit ähnlicher Herstellung und Zusammensetzung): Thrombozytopenie (einige sehr seltene, schwere Fälle mit einer Thrombozytenzahl von weniger als 5000 pro mm³), Lymphadenopathie, ausgeprägte Schwellungen an der geimpften Extremität über eine Dauer von mehr als einer Woche, Cellulitis-ähnliche Reaktion an der Injektionsstelle (in einigen Fällen Schwellung, Schmerzen und Rötung eines Hautareals von mehr als 10 cm über eine Dauer von mehr als einer Woche); allergische Reaktionen einschließlich anaphylaktischer Schock (in seltenen Fällen), Anaphylaxie und Angioödem; Muskelschwäche, Entzephalomyelitis, Guillain-Barré-Syndrom, Krämpfe, Neuritis, Neuralgie, Parästhesie, generalisierte Hautreaktionen einschließlich Erythema multiforme, Urtikaria, Pruritus oder unspezifischer Ausschlag, Vaskulitis, unter Umständen mit vorübergehender Nierenbeteiligung. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Seqirus Netherlands B.V., Paasheuvelweg 28, 1105 BJ Amsterdam, Niederlande. **Lokaler Ansprechpartner:** Seqirus GmbH, Emil-von-Behring-Straße 76, 35041 Marburg, Deutschland, Telefon: 0800 3601010 **Stand:** Juli 2022

100 Jahre Erfahrung mit Gripeschutz

CSL Seqirus