

**Dr. Caroline Kunz**

## **Second Victim**

### **Organisationsentwicklung in der Medizin**



Der Begriff second victim wurde von Prof. Albert Wu, Johns Hopkins Universität Baltimore geprägt, der mit seinem Artikel: „Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too“ (BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 726–727. ) im Jahr 2000 Aufsehen erregte.

In dem Artikel beschreibt Wu einen Kollegen, der im Elektrokardiogramm die Zeichen einer Pericard Tamponade (Herzbeutelerguss) nicht erkannte, woraufhin der Patient in der darauf folgenden Nacht einer Notoperation unterzogen wurde. Wu wurde Zeuge, wie dieser junge Kollege als inkompetent abgeurteilt wurde und überlegte sich, wie es ihm wohl ergangen wäre, hätte er einen solchen Fehler begangen. Im englischen Sprachraum nennt man das naming, shaming, blaming Strategie. Autoritäres Handeln verbunden mit negativen Konsequenzen wie naming, shaming, blaming wird nicht zu einer offenen Fehlerkultur führen und wird den lernenden Umgang des Einzelnen sowie der Organisation mit Fehlern garantiert verhindern. Wu beobachtete, dass der junge Kollege emotional schwer gekränkt und verängstigt war und dass dieser Hilfe benötigen würde um wieder gut weitermachen zu können.

Jeder praktizierende Arzt kennt die krankmachende Realität einen folgenschweren Fehler gemacht zu haben. Wenn solche Vorfälle öfter passieren, kann das eine sekundäre Traumatisierung bedeuten. Dabei entsteht eine kontinuierliche Entmutigung im Beruf, die von akuter Schockreaktion zu chronischer Ängstlichkeit, Unsicherheit bis zum Burn-out, zu Selbstmordimpulsen bis hin zu Aufgabe des Berufes führen kann (Burn-out-Syndrom, Compassion Fatigue, sekundäre traumatische Belastung).

Im Jahr 2005 berichtet das deutsche Ärztemagazin im Rahmen der Serie „Fehler des Monats“ von einem „letalen Versäumnis“. Das erschütternde Eingeständnis eines Arztes zeigt, dass neben dem Patienten als erstes Opfer, der behandelnde Arzt in seiner überaus schwierigen Lage in gewisser Weise ein zweites Opfer der unglücklichen Ereignisse ist.

**Autor: Dr. Caroline Kunz**

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 1 von 10

In diesem Beitrag berichtet ein Allgemeinmediziner von einem Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, der eine Methotrexat-Therapie benötigte, den er zu regelmäßigen Kontrollen des Blutbildes, der Leber- und Nierenwerte in seine Ordination bestellte. Als nach mehreren Kontrollen, die Werte in Ordnung waren, wurden die Kontrollabstände verlängert und schließlich auf weitere Kontrollen vergessen. Bei einem Hausbesuch 6 Monate später war der Patient zunächst unauffällig, weitere 4 Monate später akut schwer erkrankt an einer gefürchteten Komplikation, der Panzytopenie durch Methotrexat Therapie. 10 Tage nach Einweisung in ein Krankenhaus verstarb der Patient infolge der Panzytopenie. Der Hausarzt hatte verabsäumt, ein Recallsystem zu errichten, um die notwendigen Blutuntersuchungen zeitgerecht durchzuführen. Der Arzt bekennt, er habe nach dem Tod des Patienten lange an Suizid gedacht und teile dieses Ereignis in dem Artikel zum ersten Mal mit.

Von ÄrztInnen und Mitarbeitern aller Gesundheitsberufe wird aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ein gesteigertes Bewältigungsvermögen in außergewöhnlichen Situationen z.B. nach kritischen Ereignissen erwartet.

Kritische Ereignisse im Krankenhaus (Medikamentenfehler, schwere Komplikationen nach Operationen, Geburten, folgenschwere Zwischenfälle) stellen aber auch für die Behandelnden ein erhebliches Belastungspotenzial dar. Sind bei außergewöhnlichen, kritischen Ereignissen die Behandelnden überlastet, wirkt sich das Ereignis auch auf den/die Behandelnden traumatisierend (verletzend) aus.

Nicht selten kann es bei den Helfern zu sekundär posttraumatischen Stressreaktionen bis hin zur posttraumatischen Stresserkrankung kommen.

Durch eine rechtzeitige Intervention kann der Entwicklung von posttraumatischen Stressreaktionen wirksam vorgebeugt werden.

## An Möglichkeiten gibt es

1. die Sofortintervention durch geschulte MitarbeiterInnen, sog. Peer support groups, und je nach Stärke und Dauer der Störung
2. die professionelle Hilfe durch speziell geschulte ÄrztInnen und/oder PsychotherapeutInnen.

Das Ziel ist die rasche Wiederherstellung der seelischen Gesundheit der/s MitarbeiterIn, damit sie/er möglichst frei und unbelastet wieder ihrer/seiner Arbeit nachgehen kann.

## Diagnostische Leitlinien

**Akute Belastungsreaktion: F43.0 (ICD-10)** Die akute posttraumatische Stressreaktion (critical incident stress) **ist eine normale Reaktion normal belastbarer Menschen auf eine krankmachende Situation.** Post traumatischer Stress ist ein normaler Überlebensmechanismus und die für MitarbeiterInnen im Krankenhaus häufigste Störung:



Als diagnostische Leitlinien werden nach ICD-10 für die akute Belastungsreaktion angegeben:

- Ungewöhnliche Belastung, bei der das Individuum in der persönlichen oder psychischen Integrität bedroht war.
- Als Zeitkriterium ein unmittelbarer (meist nur wenige Minuten) und ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Belastung und Beginn der Symptome. Bei Entfernen aus der belastenden Situation rasche Remission, längstens innerhalb von wenigen Stunden.
- Wenn die Belastung nicht andauernd ist, beginnen die Symptome nach 24 bzw. 48 Stunden abzuklingen und sind nach drei Tagen nur noch minimal vorhanden.

Die Symptomatik ist eher uncharakteristisch und kann aus den Symptomen Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überreaktion oder Rückzug bestehen.

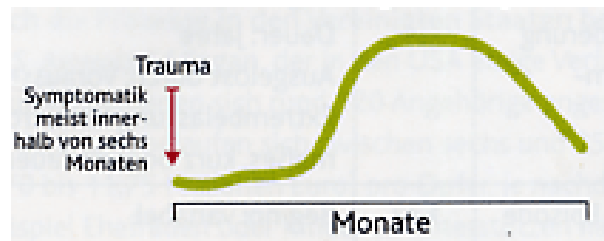
Autor: Dr. Caroline Kunz

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 3 von 10

Diagnostische Leitlinien bei der

**Posttraumatische Belastungsstörung: F43.1 (ICD-10)**, ist eine pathologische Version der akuten Belastungsreaktion,



1. Traumatisierendes Ereignis von außergewöhnlicher Schwere
2. Zeitkriterium
  - a) Die Störung soll innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatisierenden Ereignis aufgetreten sein.
  - b) Wenn der Abstand mehr als sechs Monate beträgt, die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann.
3. charakteristisch sind unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen.
4. charakteristische Symptomatik

**Emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung** (Verdrängen: „ich spüre nichts“, Herunterspielen: „es war ja nichts“, Schönreden: „ich halt das gut aus“, Belustigen: „fast wär’s schiefgegangen“, Selbstbelobigung: „wir halten das aus-keine Frage“ **Vegetative Störungen** (Schwitzen, Schwindelgefühle, Durchfälle, Erbrechen) **Vermeidung von Reizen**, die eine **Wiedererinnerung** an das Trauma hervorrufen könnten.

Quelle: **Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper**, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien

© MOS, CliniCum psy 02/2004

**Autor: Dr. Caroline Kunz**

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 4 von 10

## Maßnahmen:

**1. vorbeugende** Unterrichts- und Trainingsmaßnahmen (z.B. im Rahmen eines Projektes „Umgang mit kritischen Vorfällen in der Medizin“)

**2. CISM** (critical incident stress management): Soforthilfe gilt nicht als therapeutische Intervention.

- 3 phasiges Defusing: nur möglich solange noch emotionale Reaktionen da sind.
- 7 phasiges Debriefing: wenn bereits die gedanklichen oder unbewussten Abwehr-Mechanismen in Gang gesetzt sind.

## 3. Therapie

Wenn die Erstinterventionen nicht ausreichen, stehen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung: sie schließen sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Maßnahmen mit ein. Während die akute Belastungsreaktion bzw. die Anpassungsstörung häufig lediglich einer fachpsychotherapeutischen Intervention bedarf, ist bei der posttraumatischen Belastungsstörung oder wenn psychiatrische Erkrankungen anderer Art wie z.B. eine depressive Episode auftreten oder hinzukommen, einer medikamentösen Therapie kombiniert mit einer speziellen Psychotherapie der Vorzug zu geben. Eine Therapie der von den Betroffenen geschilderten Beschwerden ist nach heutigem Erkenntnisstand den Betroffenen zumutbar und stellt eine Notwendigkeit dar, da es ansonsten zu einer Chronifizierung kommen kann.

Inzwischen ist diesem Thema vor allem im angloamerikanischen Raum viel Aufmerksamkeit gewidmet worden. Auch in unseren Breiten wurde es aufgegriffen und wird bereits in ersten Abteilungen im Rahmen von Schulungen den leitenden ÄrztInnen und Pflegepersonen nahe gebracht.

In der Luftfahrt gibt es das critical incident stress management - CISM als etabliertes Verfahren für Mitarbeiter nach kritischen Vorfällen. Regelmäßiges Training, Ausbildung im Bereich Human Factors und geregelte Betreuungsstrukturen nach kritischen Vorfällen gewährleisten die Einsatzfähigkeit von Teams.

Krankenstände von Lufthansa Besatzungen eine Woche nach kritischen Ereignissen: ohne CISM (1997/1998): 50-60%; mit CISM: 10%.

( Quelle: Dr. Peter Grössenbrunner , 2007)

**Autor: Dr. Caroline Kunz**

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 5 von 10

Inzwischen gilt es als state of the art Mitarbeiter im Gesundheitswesen zu schulen, zu stärken und auf unvorhergesehene Ereignisse sowohl emotional als auch kognitiv und kommunikativ vorzubereiten.

## Empfehlungen

(aus dem Konsensus Papier der Harvard Spitäler (Originaltitel: when things go wrong-responding to adverse events: Prof. Lucian Leape, Harvard school of public health), ins Deutsche übersetzt und herausgegeben von der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit und der ANetPAs Österreichischen Plattform für Patientensicherheit)

**1** Das Krankenhaus sollte ein Programm haben, das darauf ausgerichtet ist, **«normalen Menschen zu helfen, die nach höchst abnormalen Ereignissen normalen Stress erleben»**. Ziel ist es, den medizinisch Tätigen dabei zu helfen, den Stress eines unerwünschten Ereignisses besser zu bewältigen, so dass sie sich besser um die Betreuung ihrer Patienten kümmern können, damit eine Heilung möglich ist und der medizinische Betreuer auf diese Weise ohne Probleme und mit normaler Produktivität an den Arbeitsplatz zurückkehren kann.

**2** Da die Bedürfnisse der medizinischen Betreuer unterschiedlich sind, sollte das Unterstützungssystem weit gefächerte Angebote enthalten, einschließlich persönlicher und Gruppenberatung sowie Kurz- und Langzeitberatung.

**3** Die administrativen Richtlinien sollten sicherstellen, dass die Dienstpflichten der medizinischen Betreuer entsprechend angepasst werden können und berücksichtigen, dass für eine Heilung eine Beurlaubung erforderlich ist.

**4** Die medizinischen Betreuer benötigen bei der Teambesprechung des unerwünschten Ereignisses eine strukturierte Unterstützung und sollten Richtlinien erhalten, wie das Ereignis in den medizinischen Aufzeichnungen zu dokumentieren ist.

Autor: Dr. Caroline Kunz

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 6 von 10

**5** Ein Coaching in Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie in der emotional angespannten Zeit unmittelbar nach einem Zwischenfall kann für die Aufrechterhaltung einer mitfühlenden und von Vertrauen geprägten Beziehung entscheidend sein.

**6** Ein mittelfristiges Ziel ist es, Trainingsprogramme zu entwickeln, die Ärzte, Pflegepersonen und andere Klinikmitarbeiter sowie Departementleiter und Manager lehren, auf welche Weise Kollegen Unterstützung geboten werden kann, wenn sie «sekundäre Opfer» geworden sind.

Schließlich profitieren die medizinischen Betreuer von der Unterstützung bei Peer-Reviews, dem Qualitätsassessment / der Qualitätsverbesserung – und den Ursachen-Analyseprozessen (root cause and system analysis). Dies kann eine Schulung während des Prozesses, aber auch eine direkte Unterstützung während der Ereignisse beinhalten.

In vielen Organisationen wie Feuerwehr, Polizei, Luftfahrt sind Systeme, die Critical Incident Stress Management anbieten, als Standardantwort auf psychologische Krisen etabliert.

**7** Ein breites Methodenspektrum ist erforderlich, wie Vorlesungen, Rollenspiele und interaktive webbasierte Tutorien, etc. Als Teil der Fortbildung sollten hierfür interaktive Computerspiele entwickelt werden.

**8** Da nicht anzunehmen ist, dass vielbeschäftigte Klinikmitarbeiter jährlich Kurse besuchen oder ihre Fähigkeiten auf andere Art erhalten, sollten bei Bedarf in Krisenzeiten rasch verfügbare Auffrischkurse für medizinische Betreuer ausgearbeitet werden.

**9** Ärzte sollten im Falle eines schwerwiegenden Zwischenfalls wissen, wen sie anrufen sollen, und sich darauf verlassen können, sofort Expertenunterstützung zu erhalten.

**10** Ein Kader von Krisenkommunikatoren sollte ein intensiveres Training erhalten. Sie sollen sicherstellen, dass alle Patienten die richtige Betreuung erhalten, und im Falle eines Bedarfs Andere überwachen und schulen können.



Autor: Dr. Caroline Kunz

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 8 von 10



## **Über die Autorin: Frau Dr. Caroline Kunz**

1959 in Lienz /Osttirol geboren, verheiratet, 2 Kinder.

Studium der Medizin und Psychoanalyse in Innsbruck (1979-1985)

Assistenzärztin am psychiatrischen KH Valduna / Rankweil und am Suchtkrankenhaus Maria Ebene Frastanz VlbG. (1986-1989).

Allgemeinmedizinische Ausbildung in Wien Krankenanstalt Rudolfsstiftung und Preyer'sches Kinderspital (1989-1992)

### **Weitere Ausbildungsschritte :**

Psychotherapeutin für integrative Gestalttherapie (ÖAGG / FPI Köln) 2/1992

Jus Practicandi , Ärztin für Allgemeinmedizin 1992

Diplom der österreichischen Ärztekammer: Ärztin für psychotherapeutische Medizin 1992

Diplomierte Supervisorin (ÖBVP) 1994

Diplomierte Wirtschaftstrainerin (ASO Dr. Battistich und Partner) 1998

Gründerin und geschäftsführende Gesellschafterin des Beraternetzwerkes co-operations ([www.co-operations.at](http://www.co-operations.at)) 2005

Risk-Managerin Univ. Madrid 08/2009

### **Arbeitsschwerpunkte:**

Praxis für Psychotherapie ([www.kunz.at](http://www.kunz.at))

Beraternetzwerk Co-operations: ([www.co-operations.at](http://www.co-operations.at))

Projekte in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen des öffentlichen und privaten Bereiches zu den Themen Fehlerkultur, Sicherheitskultur gehören zu meinen laufenden Tätigkeiten seit 2000.

Zusammenarbeit mit Sicherheitsexperten aus der Luftfahrt sowie Risk-Managern aus dem klinischen Bereich.

Ebenso regelmäßige Vortrags- und Seminartätigkeit zu den Themen wertschätzende Kommunikation und Human Factors in der Medizin.

Ich arbeite seit 17 Jahren mit Teams in Krankenhäusern und betreue auch regelmäßig PatientInnen und ÄrztInnen nach kritischen medizinischen Zwischenfällen.

Dr. Caroline Kunz, Blasstraße 19, 1190 Wien, Tel.: +43-1-3694917 (-20 Fax)

**Autor: Dr. Caroline Kunz**

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 9 von 10

## **Impressum**

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

**Autor: Dr. Caroline Kunz**

© Februar 2010 · NÖ PPA · Laut gedacht · Second Victim

Seite 10 von 10