ZUM THEMA

Burnout-Prävention: Ärzte helfen Ärzten

Schwerwiegende Ereignisse aufarbeiten und daraus lernen

Ärzte sollen für Patienten und Angehörige da sein und in schwierigen Situationen mitfühlend Trost spenden. Doch was, wenn ein belastendes Ereignis die behandelnden Ärzte selbst unvorbereitet trifft? Mit dramatischen Erlebnissen wie dem unerwartetem Tod eines Patienten müssen sie meist alleine klarkommen. Nicht so jedoch an der Schön Klinik in München-Harlaching: Dort stehen ihnen Kolleginnen und Kollegen als Peers mit Rat und Tat zur Seite.

Für Dr. Annika Peters (Name von der Redaktion geändert) war es ein einschneidendes Erlebnis: Während einer Operation erlitt ein Patient einen Spannungspneumothorax. Obwohl das OP-Team tat, was es konnte, starb der Patient. Danach ging es für das Team einfach weiter: „Der Verstorbene musste so schnell wie möglich aus dem OP entfernt werden, damit alles weitergehen konnte wie geplant, und wir, das Team, mussten weitermachen, obwohl noch alle unter Schock standen“, erzählt Peters. Die Folgen für die Betroffenen: Stress, Angst, Unkonzentriertheit.
Einige Zeit später kam es für Peters zu einer Art Déjà-vu, diesmal jedoch nach einem Jobwechsel an die Schön Klinik in München Harlaching. Wieder war es eine OP, und wieder erlitt ein Patient – diesmal ein Kind – einen Spannungspneumothorax. Die Situation war erneut kritisch, doch das Kind wurde reanimiert und überlebte ohne weiteren Schaden. Und nicht nur das: Auch ansonsten war danach alles anders als beim ersten Mal: Das gesamte OP-Team traf sich anschließend zu einer Nachbesprechung mit einem ausgebildeten „Peer“ – in diesem Fall mit Dr. Andreas Schießl, Oberarzt der Anästhesie in der Schön Klinik München Harlaching und Initiator des Projekts zum strukturierten Umgang mit schwerwiegenden Ereignissen.

Aus den Erfahrungen anderer lernen

„Kein Bus- oder U-Bahnfahrer fährt nach einem schweren Unfall einfach so weiter“, sagt Dr. Schießl. „Der Betroffene wird anschließend kollegial und psychologisch versorgt und jemand anders übernimmt seinen Platz im Fahrzeug. Nur wir Ärzte denken seit Jahren, dass wir nach einem schwerwiegenden Ereignis einfach weitermachen können als wäre nichts geschehen.“ Schießls Wissen, wie andere Institutionen mit solchen Situationen umgehen, und seine eigenen Erfahrungen in der Intensivmedizin brachten ihn dazu, an seiner Klinik das Pilotprojekt „Umgang mit schwerwiegenden Ereignissen“ anzustoßen. „Auch ich hatte schon viele dramatische Situationen erlebt und wusste: Eine kollegiale Aufbereitung im Team danach ist äußerst wichtig“.

Auch Mitarbeiter sind Opfer

Schießls Idee: Ein Krankenhaus muss ein Konzept haben, wie es nach solchen Ereignissen weitergeht. Es braucht ein System, das alle kennen und das von der Führungsebene akzeptiert und unterstützt wird. Gemeinsam mit Kollegen aus Ärzteschaft, Pflege, Unternehmensführung, Personalabteilung und Qualitätsmagament entwickelte er daher eine Vorgehensstruktur. Der Grundsatz: Stirbt zum Beispiel ein Patient, sind nicht nur Patient und Angehörige Opfer, sondern auch die Mitarbeiter als „second victim“. Und schließlich betrifft die Situation auch das Krankenhaus als Organisation („third victim“). Kommt es zu einem schwerwiegenden Ereignis, findet daher an der Schön Klinik München Harlaching nach Möglichkeit kurz danach in geschütztem Rahmen eine Gruppenbesprechung anhand eines dafür entwickelten Protokolls mit allen Beteiligten statt, in der der Vorgang emotional und inhaltlich nachbesprochen wird. Die Anleitung dabei übernehmen „Peers“ – Ärzte, Pflegekräfte oder andere Mitarbeiter, die in mehrtägigen Schulungen vom Münchner Verein PSU-Akut e.V. dafür ausgebildet wurden und von versierten Traumatologen supervidiert werden. Mit ihrer Unterstützung können die betroffenen Kollegen entscheiden, ob sie ihrer Tätigkeit sofort weiter nachgehen können, in einem weniger risikolastigen Bereich eingesetzt werden oder ob sie eine Pause brauchen.

Einzel- und Gruppengespräche als Angebot

Die Peers stehen für niederschwellige kollegiale Gespräche bereit und planen, wenn nötig, eine weitere strukturierte Nachbesprechung. Dabei bleibt alles vertraulich und im geschützten Rahmen der Gruppe. Dokumentiert wird nur die Beteiligung am schwerwiegenden Ereignis, da dies gegebenenfalls für eine Unfallmeldung an die Berufsgenossenschaft nötig ist, falls die Beteiligten aufgrund des Vorfalls eine längerfristige Traumatisierung erleiden. Um dies zu verhindern und für den Fall, dass es einem Mitarbeiter noch länger nach

© monkeybusinessimages – ThinkstockPhotos

dem Ereignis schlecht geht, können die Peers nach einer Phase des beobachtenden Abwartens („watchful waiting“) weitere Hilfsangebote vermitteln. Dazu zählt die Unterstützung durch den betriebsärztlichen Dienst oder den Partner-Verein PSU-Akut zur kollegialen Unterstützung von Akutmedizinern (s. z. B. MÄA 26/2016).
Die Rate der Belastungs- und Traumafolgestörungen bei medizinischem Personal ist höher als viele sich eingestehen, sagt Schießl: Rund 20 Prozent aller Ärzte erleiden im Lauf ihres Berufslebens ein Burnout, rund 10 bis 15 Prozent werden substanzabhängig, und die Suizidrate ist bis zu sechsmal höher als die der Gesamtbevölkerung. Hinzu kommt: „Ein Arzt, der unter Schock steht, macht mehr Fehler als einer, dem es gut geht. Ich möchte nicht der Patient sein, der nach einem solchen Ereignis als nächster im OP dran ist“, sagt Schießl. „Wir können ein Risiko für uns und andere sein, wenn wir auf solche schwerwiegenden Ereignisse nicht reagieren“.

Hilfe ohne Stigmatisierung

Insgesamt fünf Peers – drei Frauen und zwei Männer – hat die Schön Klinik München Harlaching mittlerweile ausgebildet. Dr. Sabine Goßler, Funktionsoberärztin der Anästhesie, ist eine von ihnen. Sie und ihre Kollegen haben in den vergangenen 1,5 Jahren seit der Einführung des Systems 15 Einzel- und acht strukturierte Gruppenbesprechungen organisiert. „Es passiert jedem von uns, dass wir mit schlimmen Situationen konfrontiert werden. Danach fragt man sich häufig: Soll ich darüber reden? Und mit wem? Werde ich eventuell stigmatisiert, wenn ich das tue?“, erzählt Goßler. Aus eigener Erfahrung weiß sie, dass das Gespräch mit Freunden und nicht ausgebildeten Kollegen nach solchen Situationen nicht immer genügt. Von „so etwas darf einfach nicht passieren“ bis „ich könnte dort nicht mehr arbeiten“ reichen die häufig wenig hilfreichen Reaktionen. Sie kennt einige Kollegen, die nach einer unbewältigten Situation ihren Job aufgegeben und aus der Anästhesie oder Chirurgie ausgestiegen sind.

Gute Resonanz bei Bewerbern

Diese Erfahrung hat auch der langjährige Chefarzt der Anästhesie, Dr. Franz-Peter Lenhart, gemacht. In seinen über 35 Jahren Berufserfahrung hat er oft genug schlimme Situationen erlebt, nach denen sich Kolleginnen und Kollegen entschieden haben, die Anästhesie zu verlassen: „Auch in meiner Zeit an Unikliniken kam es häufiger zu Ereignissen, die man so nicht erleben möchte. Früher hat man einfach nicht darüber geredet, weil man dann so tun konnte als wäre es nicht passiert. Aber das stimmt natürlich nicht“. Dass nun in der Schön Klinik ein adäquater Rahmen für Gespräche zur Aufarbeitung geschaffen wurde, ist für ihn ein Glücksfall – auch und besonders für die Klinik. Denn in mehreren Vorstellungsgesprächen hat er bereits erlebt, dass Bewerberinnen und Bewerber ihn auf dieses System der Mitarbeiterunterstützung angesprochen haben und es als einen Grund nannten, sich für die Klinik zu interessieren.

V. l. n. r.: Arnulf Neumann, Dr. Sabine Goßler, Dr. Franz-Peter Lenhart, Dr. phil. Hanne Kayser, Dr. Andreas Schießl (Foto: Stephanie Hügler)

Vertrauen dient Mitarbeiterschutz und -bindung

Dieser Umstand freut den Leiter der Personalabteilung, Arnulf Neumann. Er findet es wichtig, dass mit betroffenen Mitarbeitern in einem geschützten Rahmen, systematisch und auf Augenhöhe gesprochen wird. Denn Vertrauen ist für ihn ein wichtiges Mittel, um gute Mitarbeiter in der Klinik zu halten und neue zu gewinnen. Zudem führen unbewältigte Belastungssituationen seiner Erfahrung nach oft schleichend zu innerem Rückzug und Krankschreibungen. Ein ernst gemeintes Gesprächsangebot könne das verhindern – auch, wenn bei einem schwerwiegenden Ereignis ein Fehler von Mitarbeitern der Auslöser gewesen sein sollte. „Dann ist es wichtig, dass man nicht mit dem Finger auf diejenigen zeigt, sondern die Betroffenen unterstützt und im Beruf hält“, findet Neumann.

Aus Fehlern lernen

Dass das Krankenhaus als Organisation aus jedem Fehler lernt, ist eine weitere wichtige Säule des Projekts. Anhand des Zwischenfalls wird darüber nachgedacht, welche Lücken und Unzulänglichkeiten in den Arbeitsabläufen, im Zusammenspiel als Team oder in der technischen Ausstattung bestanden haben könnten. Dinge, die schief gelaufen sind, werden im Jourfix der Chefärzte besprochen. Die Chefärzte arbeiten das Geschehen auf oder beauftragen eine systematische Fallanalyse. Erkenntnisse daraus werden in der Pflege über die Stationsleiterrunde und Stationsteambesprechungen an die Kolleginnen und Kollegen weitergegeben beziehungsweise im ärztlichen Bereich aufbereitet und in klinikweiten Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen (M&M-Konferenzen) besprochen. Immer aber, ohne die direkt Beteiligten öffentlich an den Pranger zu stellen.

Analyse ohne Schuldzuweisung

Nicht die Involvierten, sondern ein Fachkollege präsentiert den aufbereiteten Fall und ein erfahrener Moderator sorgt für die Einhaltung der vereinbarten neuen Spielregeln, die für den Schutz der Beteiligten sorgen sollen. „Ich hoffe, dass unser System positive Veränderungen bringt und dass wir dabei gleichzeitig weg von der Schuldfrage des Einzelnen kommen“, sagt Dr. phil. Hanne Kayser, Leiterin des

Qualitäts- und Risikomanagements an der Klinik. Sie hatte immer wieder von Beteiligten erfahren, dass M&M-Konferenzen eher als Spießrutenlauf mit bedrohlicher Stimmung erlebt wurden. Das habe sich nun geändert. Stattdessen gehe es nun wirklich darum, Empfehlungen und Maßnahmen zu entwickeln, wie Fehler künftig vermieden werden können.
In vielen Fällen aber, das betonen alle, ist gar kein Fehler passiert, sondern die Beteiligten waren einfach schicksalhaften Ereignissen, schwierigen Situationen oder einer Verkettung unglücklicher Umstände ausgesetzt. Dazu zählen nicht nur unerwartete Todesfälle, Reanimationen, schwere Verletzungen oder „Beinahe-Ereignisse" bei Patienten. Belasten können auch Unfälle oder Suizide von Kollegen, Gewalttaten oder sexuelle Belästigung durch Patienten oder die Tatsache, dass zum Beispiel ein Unfallopfer den Helfenden persönlich bekannt ist.

„Normale" Reaktionen einordnen lernen

„Folgen wie Schlafstörungen, Schuldgefühle oder Verunsicherung sind normale Reaktionen in den ersten vier Wochen nach einem solchen Ereignis", sagt Dr. Goßler. „Selbst wenn es kein eigener Fehler war, belastet viele Kollegen oft das Gefühl der möglichen Schuld." Es sei eine wichtige Aufgabe der Peers, den Mitarbeitern mittels Psychoeduktion zu helfen, die eigenen Gefühle einzuordnen. „Es geht uns darum, normale Reaktionen nicht zu pathologisieren. Stattdessen möchten wir dafür sorgen, dass die Kolleginnen und Kollegen gesund bleiben und nicht krank werden", sagt Schießl. Die Schwelle für Gespräche möglichst niedrig zu halten, sei ein gutes Mittel dafür. Daher sei es so wichtig, dass die Peers Kolleginnen und Kollegen sind, die man schon kennt und denen man vertraut.

Gesetzliche Vorgaben erfüllen

„Vertrauenskultur führt zu Sicherheitskultur", ist die gemeinsame Überzeugung aller Projektbeteiligten. Das neue System fördere die Patientensicherheit und -zufriedenheit. Es trage dazu bei, eine lernende Organisation zu werden und setze die gesetzlichen Vorgaben zum Qualitätsmanagement und zum Mitarbeiterschutz um. Gleichzeitig helfe es, neue Mitarbeiter zu gewinnen und die alten zu halten. „Dem Unternehmen ist das System wichtig, weil es sich am Ende rechnet", betont Dr. Lenhart. „Mitarbeiter, die sich gut behandelt fühlen, bleiben im Unternehmen". Und trauen sich mehr zu, wenn sie wissen, dass das Krankenhaus hinter ihnen steht.

Die Vorteile des Systems haben mittlerweile auch schon andere Kliniken erkannt. Die Gruppe der Schön Kliniken will es nun nach und nach auch in anderen Häusern einführen. Und Krankenhäuser anderer Träger schicken ebenfalls bereits ihre Mitarbeiter zur nächsten Peer-Ausbildung des Vereins PSU-Akut. Sie möchten für ihr Personal erreichen, was Annika Peters auf den Punkt bringt: „Ich konnte auch nach dem ersten Fall meine Arbeit irgendwie weiter machen. Aber heute tue ich das mit einem ganz anderen Gefühl".

Stephanie Hügler

Clostridium-difficile-Infektionen melden!

RGU: Geänderte Arztmeldepflichten zu wenig beachtet

Bereits zum 1. Mai 2016 trat die „Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten an die epidemische Lage" (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung) in Kraft. Sie enthält eine Meldepflicht für Ärzte insbesondere für Clostridium-difficile-Infektionen (CDI) mit klinisch schwerem Verlauf (s. MÄA vom 11.06.2016), gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz.
Eigentlich besteht eine namentliche Meldepflicht für schwer verlaufende CDI bereits seit Ende 2007. Diese blieb jedoch weithin unbekannt und wurde daher nur unzureichend umgesetzt.
Das Referat für Gesundheit und Umwelt der Stadt München (RGU) hat mehr als 45.000 (47.013) Todesbescheinigungen von Januar 2013 bis Juni 2016 ausgewertet und dabei festgestellt, dass bei 391 Todesfällen eine CDI als unmittelbare Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung angegeben wurde. Die CDI-assoziierte Letalität betrug also 0,83 Prozent. Tatsächlich gemeldet wurden in diesem Zeitraum jedoch nur 85 schwer verlaufende CDI.
Das RGU ruft daher Ärztinnen und Ärzte dazu auf, der Meldepflicht für schwer verlaufende CDI sorgfältig nachzukommen. Schwere CDI habe eine erhebliche klinische Bedeutung bei hoher krankheitsassoziierter Letalität von knapp 1 Prozent und sei als Marker des Antibiotika-Managements relevant.

Definition schwerer Verlauf

Ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

1. Aufnahme in ein Krankenhaus zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridium-difficile-Erkrankung. Eine ambulant erworbene Erkrankung liegt vor, wenn die Symptomatik vor oder spätestens einen Tag nach der stationären Aufnahme begonnen hat.
2. Aufnahme oder Verlegung auf eine Intensivstation aufgrund einer Clostridium-difficile-Erkrankung oder ihrer Komplikationen.
3. Durchführung eines chirurgischen Eingriffs (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis
4. Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose einer Clostridium-difficile-Erkrankung und Bewertung der CDI als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragend.
5. Während die Punkte 1–3 Klinikärzte betreffen, könnte der Punkt 4 auch für niedergelassene Ärzte relevant sein, z.B. wenn ein Patient, bei dem im Krankenhaus eine CDI diagnostiziert wurde, nach Entlassung innerhalb von 30 Tagen stirbt und die CDI vom leichenschauenden Arzt als todesursächlich oder zum Tode beitragend eingeschätzt wird.

Download von Meldebögen für CDI:
- www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/#meldepflicht
- www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldeboegen/Meldungen_node.html

Die Meldebögen sollten vollständig ausgefüllt und an die Meldestelle des RGU gefaxt werden (Fax-Nr. 089 233-47814). Im Einzelfall kann das RGU die Meldenden telefonisch oder schriftlich kontaktieren.

Kontakt für Rückfragen:
RGU, Sachgebiet Infektionshygiene/Medizinalwesen, Tel. 089 233-47850, infektionshygiene.rgu@muenchen.de

Cornelia Otto, RGU