

**Behandlungsfehler in der Psychotherapie: Qualitative
Untersuchung und ethische Analyse anhand einer
Interviewstudie**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Würde eines Dr. sc. med.

in Medizin- und Gesundheitsethik

vorgelegt der

Medizinischen Fakultät

der Universität Basel

von

Irina Medau

aus Schopfheim, Deutschland

Schopfheim, 2014

Genehmigt von der Medizinischen Fakultät

auf Antrag von

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil und

PD Dr. R. Jox

Basel, den 30.10.2012

Prof. Dr. Med. Christoph Beglinger
Dekan

Originaldokument gespeichert auf dem Dokumentenserver der Universität Basel
edoc.unibas.ch

Dieses Werk ist unter dem Vertrag „Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz“ lizenziert.

Die vollständige Lizenz kann unter
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch
eingesehen werden.



Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 Switzerland
(CC BY-NC-ND 3.0 CH)

You are free: to **Share** — to copy, distribute and transmit the work

Under the following conditions:



Attribution — You must attribute the work in the manner specified by the author or licensor (but not in any way that suggests that they endorse you or your use of the work).



Noncommercial — You may not use this work for commercial purposes.



No Derivative Works — You may not alter, transform, or build upon this work.

With the understanding that:

- **Waiver** — Any of the above conditions can be **waived** if you get permission from the copyright holder.
- **Public Domain** — Where the work or any of its elements is in the **public domain** under applicable law, that status is in no way affected by the license.
- **Other Rights** — In no way are any of the following rights affected by the license:
 - Your fair dealing or **fair use** rights, or other applicable copyright exceptions and limitations;
 - The author's **moral** rights;
 - Rights other persons may have either in the work itself or in how the work is used, such as **publicity** or privacy rights.
- **Notice** — For any reuse or distribution, you must make clear to others the license terms of this work. The best way to do this is with a link to this web page.

1. Zusammenfassung	5
2. Einführung in die Thematik	6
2.1 Definition Fehler	6
2.2. Umgang mit Fehlern.....	9
3. Veröffentlichte bzw. eingereichte Arbeiten in ihrem thematischen Kontext..	10
3.1 Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten	10
3.2 Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie - Therapeuten berichten aus der Praxis.....	32
3.3 How psychotherapists handle treatment errors - an ethical analysis	50
4. Diskussion, Schlussfolgerung und Ideen für Anschlussprojekte.....	71
5. Literaturverzeichnis	74
6. Interviewleitfaden	76
7. Curriculum Vitae	78
7.1 Persönlicher Hintergrund in Ethik	78
7.2 Tabellarischer Lebenslauf	79

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei allen, die das Zustandekommen dieses Projektes wesentlich unterstützt und begleitet haben.

Besonderer Dank gilt Frau Professor Stella Reiter-Theil für ihre fachliche und persönliche Unterstützung. Sie hat mir im Rahmen dieser Dissertation ein Forschungsgebiet in einem interdisziplinären Umfeld mit vielen interessanten Aspekten eröffnet.

Bei Frau Prof. Schneider möchte ich mich für die Unterstützung bei der Planung und Entstehung des Projektes bedanken

Für seine Beiträge möchte ich mich auch bei Herrn PD Dr. PhD Ralf Jox bedanken. Seine Erfahrung und sein analytisch-medizinischer Blick waren für die Verfassung der Artikel sehr hilfreich.

Frau Prof. Schröder danke ich für ihre Bereitschaft, das externe Gutachten zu erstellen.

Meinem Mann, Markus Medau, möchte ich danken – er hat diese Arbeit praktisch unterstützt und mitgetragen. Dieser Dank gilt auch meinen Eltern und meiner Schwiegermutter, die durch die Beaufsichtigung meines kleinen Sohnes freie Projektzeiten für mich schufen. Weiterhin möchte ich meiner englischsprachigen Studienfreundin MSc R. Crombie aus London danken, die durch ihre fachlichen Diskussionen und ihre Unterstützung hinsichtlich Sprachbarrieren zum Zustandekommen der Artikel beigetragen hat.

„Wer einen Fehler gemacht hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen zweiten.“ (Konfuzius)

1. Zusammenfassung

In der Psychotherapie gehören Fehler, genauso wie in allen anderen Disziplinen der Medizin, zum Alltag. Eine Fehlerdefinition – vergleichbar wie in der Medizin - ist jedoch schwierig; das Thema ist bis jetzt nicht offizieller Teil der psychotherapeutischen Aus- oder Weiterbildung und dem Therapeuten zum Großteil individuell überlassen. Ethisch gesehen ist die Offenlegung eines Fehlers von der Überbringung schlechter Nachrichten dahingehend zu unterscheiden, dass sie eine Voraussetzung für die Verwirklichung des partizipativen Therapeut-Patient-Modells ist.

In einer qualitativen Studie wurden Psychotherapeuten zur Definition und Kategorisierung von Fehlern, ihrem Umgang mit eigenen Fehlern, den Fehlern von Kollegen sowie ihrer ethischen Einschätzung diesbezüglich befragt. Eine empirisch gestützte Kategorisierung von Behandlungsfehlern stellt einen ersten Schritt dar, um sich evidenzbasierten ethischen Empfehlungen zum Umgang mit solchen Fehlern zu nähern. Die beschriebenen, alltäglich auftretenden Behandlungsfehler konnten in technische, normative, Einschätzungs- und Systemfehler klassifiziert werden. Technische und Einschätzungsfehler wurden häufig als reversibel angesehen; wohingegen das Versäumnis, einen Fehler zu korrigieren, als Hauptfehler betrachtet wurde. Bei normativen Fehlern sei am ehesten mit Vertrauensverlust und Therapieabbruch zu rechnen, ebenso mit rechtlichen oder berufspolitischen Konsequenzen. Für Systemfehler seien berufspolitische Änderungen nötig. Häufig resultiere erst durch die fehlende Korrektur eines (alltäglichen) Fehlers ein Behandlungsfehler, der Konsequenzen hat (z.B. Scheitern der Therapie).

Zum Umgang mit Fehlern zeigen die Ergebnisse, dass die Befragten zu der Empfehlung tendieren, Psychotherapiepatienten in passender Form über Behandlungsfehler aufzuklären und in die entstehenden Konsequenzen einzubeziehen. Die Fehleroffenlegung resultiere mehrheitlich in positiven Erfahrungen. Kollegenfehler werden supervisorisch angesprochen und in gravierenden Fällen angezeigt. In der Therapiepraxis scheint eine konstruktive und transparente Fehlerkultur zu überwiegen.

In der ethischen Analyse der Ergebnisse wurde gefragt, wie Psychotherapeuten (PT) den Umgang mit Fehlern (sowohl eigenen als auch Kollegenfehlern) ethisch begründen und einstufen. Dazu wurden die Aussagen der PT rekonstruiert und anhand des inhaltsanalytischen Vorgehens den Prinzipien von Beauchamp und Childress [1] und Lindsay et al [2] nach kategorisiert. Sowohl die Prinzipien von Beauchamp und Childress (B&Ch) als auch die Prinzipien von Lindsay et al (L) stellten passende Kategorien für diesen inhaltsanalytischen Prozess dar. Die Prinzipien Respekt für Autonomie (B&Ch) und Respekt

(L), Nicht-Schaden (B&Ch) und Verantwortung (L) sowie Beneficence (B&Ch) und Kompetenz (L) konnten teilweise zur Kategorisierung der gleichen Aussagen genutzt werden; hier liegen inhaltliche Überschneidungen vor. Das Prinzip der Integrität (L), welches kein Pendant bei den Prinzipien von Beauchamp und Childress hat, stellt eine hilfreiche zusätzliche Kategorie dar. Die Betonung der befragten PT von Patientenautonomie und Fürsorge erscheint ethisch vertretbar und die beiden Prinzipien sollten im Konfliktfall individuell in jeder Situation abgewogen werden.

2. Einführung in die Thematik

2.1 Definition Fehler

In den vergangenen Jahren ist mit dem Thema Behandlungsfehler ein schlafender Riese geweckt worden. Neben vermehrten fachlichen Untersuchungen zum Thema, vor allem in der somatischen Medizin, wird das Thema auch ethisch zunehmend diskutiert, insbesondere im Rahmen des Qualitätsmanagements und der Patientensicherheit.

Ein grundlegendes Problem ergibt sich bereits bei der Definition und Einteilung von Fehlern. So werden Fehler im Pschyrembel als *Auftreten eines Ereignisses oder Umstandes wodurch das bestehende Krankheitsbild ungünstig beeinflusst wird* festgelegt. Das Institute of Medicine definiert Fehler als *Abweichung einer geplanten Aktion so vollendet zu werden wie gewollt oder die Nutzung eines falschen Vorgehens/Plans um ein Ziel zu erreichen*. Wu et al [3] definieren medizinische Fehler als *Handeln oder Nichthandeln mit potentiell negativem Ausgang für den Patienten, welches zu der Zeit, als es geschehen ist, von ausgebildeten und erfahrenen Kollegen als falsch gewertet werden würde, unabhängig von einem negativen Ausgang*. Im Arzthaftungsrecht wird die Typologie rechtlicher Fehler durch den Schutz der Persönlichkeitsrechte erweitert, zu den Diagnose- und Behandlungsfehlern kommen zusätzlich Fehler bei der Aufklärung, der Dokumentation, der Einsichtsgewährung und Institutionell-organisatorische Fehler hinzu [4].

In einer berühmten Feldstudie brachte Charles Bosk, oft als der Fehlerforscher schlechthin bezeichnet, im Jahr 1979 interessante Ergebnisse zu medizinischen Fehlern heraus. Als Nicht-Mediziner begab er sich in ein Lehrkrankenhaus und beobachtete mehrere Monate das Vorgehen und Umgehen mit Fehlern. Die Ergebnisse seiner Untersuchung wurden später oftmals übernommen, Bosk unterscheidet: technische Fehler (Fähigkeiten entsprechen nicht den Ansprüchen einer Aufgabe), Einschätzungsfehler (Wahl eines falschen Vorgehens), normative Fehler (Rollenverpflichtungen werden bewusst nicht erfüllt) und quasinormative Fehler (Verstoß gegen den Stil der Abteilung) [5].

Im Gegensatz zur Medizin gibt es bisher wenig empirische Forschung zu Fehlern in der Psychotherapie; eine Definition von Fehlern erscheint kaum greifbar.

Historisch gesehen wurden in der Psychotherapie Misserfolge und Therapieabbrüche häufig im Zusammenhang mit Patientenanteilen bzw. Patientenschuld diskutiert. Im Jahr 1905 berichtete Freud von einem Therapiefehler, als seine Patientin Dora die Therapie abbrach, weil sie sich an ihm habe rächen wollen. Freud sah Misserfolge primär in der Dynamik der Patienten begründet, insbesondere unbewusste Schuldgefühle stünden einer positiven Entwicklung im Wege (Freud, 1923). Dies scheint einer der wesentlichen Gründe zu sein, warum in der psychoanalytischen Literatur wenig zu Misserfolgen zu lesen ist [6]. Eine Ausnahme dabei war jedoch W. Reich (1949), statt den Widerstand und somit Fehler beim Patienten zu suchen, beschrieb er Fehler des Therapeuten.

Erst mit der Zunahme von Wirksamkeitsstudien wurden zunehmend negative Effekte und Schäden von Psychotherapie zum Thema [7]. Bis heute hemmend für eine konkrete Diskussion von Therapiefehlern sind der hohe Legitimationsdruck gegenüber den Kostenträgern, eine erfolgsorientierte Publikationspraxis sowie die selektive Wahrnehmung vieler Psychotherapeuten [8]. Weiterhin dürften neben einer mangelnden theoretischen Konzeptualisierung des Konstrukts Fehler auch methodologische Problemen bei der Erfassung eine Rolle spielen [8].

Rechtlich werden Fehler eingeteilt in: Übernahmeverschulden, Diagnostikfehler, Behandlungsfehler im engeren Sinne wie fehlerhafte Handhabung von Übertragung/Gegenübertragung bei psychoanalytisch begründeten Verfahren, Bruch des Abstinenzgebots, fehlerhafte Therapieüberwachung (Verschlechterung, Verlaufsüberprüfung, Beziehung) und Fehlerkennung suizidgefährdeter Patienten. Sonstige Haftungsgründe sind außerdem die Belastung familiärer Beziehungen sowie die Fehlleistung Dritter [4,9].

Im Managementhandbuch für Psychotherapeuten werden Fehler definiert als „unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie oder eine falsche Indikationsstellung, wobei gegen anerkannte Richtlinien bzw. aktuelle Standards verstoßen wird oder Grundregeln des therapeutischen Verhaltens dem Patienten gegenüber missachtet werden“ [9]. Haftungsrechtlich sind Fehler definiert als vermeidbarer Verstoß gegen den Standard angemessener Sorgfalt [10]. Die Feststellung eines Fehlers bezieht sich also stets auf Standards oder Regeln, die von der Profession festgelegt werden und deren Einhaltung von allen in dieser Profession Tätigen erwartet werden kann. In der Psychotherapie gibt es erste Standards und Leitlinien, deren Formulierung jedoch aufgrund des Pluralismus der Therapiekonzepte kompliziert ist.

Vor diesem Hintergrund haben verschiedene Autoren Einteilungen für „alltägliche“ Fehler vorgeschlagen (siehe Tab 1).

Tabelle 1: Übersicht Fehlerdefinition und -einteilungen von psychotherapeutischen Autoren

Bienenstein und Rother [11]	Alltagsfehler sind Elemente der therapeutischen Arbeit, die in der ersten Reaktion des PT von diesem als unerwünscht wahrgenommen werden.	Fehler werden in Falldarstellungen nach den prägnantesten Aspekten des Falls eingeteilt, z.B. Lachanfall.
Hoffmann [12]	Hoffmann unterscheidet unprofessionelle Ausführung der Behandlung (Therapeut verstößt gegen Regeln der Kunst); Mangelnde Passung von PT und Patient und Schädigung durch unethisches Verhalten (Manipulation, Instrumentalisierung, sexuelle Übergriffe).	Weiterhin unterscheidet er 8 verschiedene Arten von Kunst- bzw. Behandlungsfehlern: Behandlungsbeginn, Diagnostik, Kooperation, therapeutische Beziehung, Reflexion/Supervision/Fortbildung, Ergebnisse der Therapieforschung, Persönlichkeitsaspekte/Abstinenzgebot, Effizienz und Wirtschaftlichkeit.
Hutterer-Krisch [13,14]	Definition Kunstfehler: mit Kunstfehler ist in der Regel ein Begriff des Haftpflichtrechts bei Ärzten gemeint; ein absichtsvolles oder fahrlässiges Verhalten führt letztlich zu einem Verschulden.	Fehler können auftreten bei: Der Handhabung von Gegenübertragungsreaktionen, kulturbedingte Fehlerquellen (wie mangelnde Kenntnis der Kultur des Patienten), mangelnde Achtung vor der Autonomie des Patienten, Einfühlungsfehler oder aufgrund von überholten theoretischen Ansichten und Techniken sowie durch Überforderung durch das Störungsbild
Märtens [15]	Behandlungsfehler stellen durch eine nicht lege artis durchgeführte Behandlung verursachte Schäden dar.	Nach Märtens würde ein Fehler würde ein gewisses Ausmaß an Determination voraussetzen, einen klaren Zusammenhang aufzuzeigen, ist angesichts der Variablenvielfalt schwierig. Risikofaktoren für Fehler sieht er bei: Therapeutischen Ansätzen, Techniken und Setting, therapeutische Beziehung und Aufklärung als Risikofaktor.
Sponsel [16]	Übernimmt den Begriff „Kunstfehler“ aus der Medizin.	Die sogenannten Kunst- und Behandlungsfehler werden unterteilt in: 1. Fehler zu Behandlungsbeginn 2. mangelhafte Diagnostik und Therapieplanung 3. mangelnde Abklärung oder Kooperation 4. Fehler gegen die Therapeutische Beziehung 5. mangelnde Reflexion, Supervision, Fortbildung 6. Fehler als Verstoß gegen die Ergebnisse allgemeiner Psychotherapieforschung 7. Fehler gegen das Persönlichkeitsrecht/Abstinenzgebot 8. Fehler gegen Effizienz und Wirtschaftlichkeit
Kottler und Blau [17]	Definition Fehler: eine allgemein anerkannte, bestimmte Methode zur Lösung des vorgegebenen Problems nicht korrekt anwenden.	Anfängerfehler: schlechtes Timing, zu schnelles Tempo, Fehleinschätzung, falsche Methoden oder Interventionen. Technischer Fehler: grundlegende therapeutische Fähigkeiten sind falsch: therapeutische Techniken wie Blickkontakt, Fragen, , Timing, Angst vor Konfrontation, eigene Lebensthemen können stören, Mangel an Selbstvertrauen, Ungeduld, Naivität, Verwechslung von Diagnose und Person
Emmelkamp [18]	Fehler als Ursachen für Misserfolge in der Verhaltenstherapie	Falsche Diagnose, unkorrekte Verhaltensanalyse, Wahl einer falschen Technik, Verfahrensfehler, eine nicht tragfähige Therapeut-Patient Beziehung oder schlechte Passung von Patienten- und Therapeuteneigenschaften.

2.2. Umgang mit Fehlern

Ebenso wie die Fehlerdefinition ist der Umgang mit Fehlern ein besonders wichtiges Forschungsthema. Bis vor kurzem war der traditionelle Vorgang zur Offenlegung von medizinischen Fehlern der einer „Offenlegung bei Notwendigkeit“ [19]. Heute wird der Wandel der Arzt-Patient Beziehung vom Paternalismus zu einer partnerschaftlichen Beziehung betont und eine patientenzentrierte Medizin erfordert Möglichkeiten, wie dem Patienten auch schlechte Botschaften sinnvoll vermittelt werden können [19]. Weiterhin wird von einer Veränderung der Fehlerkultur gesprochen: ein „offensiver“ Umgang mit Fehlern und das neue Fehlerbewusstsein betonten, dass es nicht Ziel ist, Schuldige zu suchen, sondern anzuerkennen, dass Arbeitssysteme zu Fehlerentstehung beitragen [20-22]. Fehler und Komplikationen sollen produktiv genutzt, in Zukunft vermieden und im System geändert werden [20-22].

Aus medizinischen Forschungen ist der Zusammenhang, dass Nichtaufklärung über Fehler, Täuschung, Verdeckung oder Fehlinformation rechtliche Schritte herausfordern, Aufklärung hingegen das Vertrauen in den Arzt erhalte und zu weniger rechtlichen Konsequenzen führe vielfach belegt [23-30]. Analog dazu beschreiben Bienenstein und Rother die Stabilität der therapeutischen Beziehung, die Fähigkeit des Therapeuten, zu seinem Fehler zu stehen sowie die Offenheit im Umgang mit dem Patienten als ausschlaggebend für die Folgen eines Fehlers [11]. Die Befürchtung, dass eine Fehlermitteilung einem Patienten schaden könnte, ist aus der Medizin nicht belegt – dass Patienten informiert werden wollen, hingegen schon [31]. Weiterhin ist aus der medizinischen Forschung bekannt, dass die Entschuldigung eine zentrale Komponente effektiver Fehleraufklärung darstellt, gekoppelt an das Aufzeigen von weiteren Handlungsmöglichkeiten [24]. Dies scheint auch auf die Psychotherapie zuzutreffen; so sind nicht Fehler als solche für den Abbruch oder das Fortbestehen einer Therapie verantwortlich, sondern der offene und ehrliche Umgang des Therapeuten mit dem Fehler [11].

Insgesamt sprechen also viele Faktoren dafür, Fehler dem Patienten gegenüber offen zu legen. Das Zurückhalten von Informationen hingegen kann Patienten insoweit schaden, dass eine Korrektur des Fehler verunmöglicht und die Therapiebeziehung nachhaltig geschädigt wird [32].

Betrachtet man den Umfang an Artikeln zum Thema Ethik in der Psychotherapie, so fällt generell auf, dass in Deutschland wenig zu diesem Thema geschrieben wurde [33]. Auch die Verbreitung bzw. insbesondere die Anwendung und Umsetzung ethischer Standards ist noch in den Anfängen. So fanden Milkins, McGuire, Abbott und Blau [17], dass Therapeuten zwar Verhalten erkennen, welches gegen die ethischen Prinzipien verstößt, allerdings wenig bereit

dazu sind, dies zu ändern. Eine andere Studie fand eine signifikante Differenz bei der Einschätzung, was man als Therapeut in Bezug auf unethisches Verhalten von Kollegen tun "sollte" oder "würde" [34]. Obwohl zum Umgang mit unethischem Verhalten von Kollegen in ethischen Richtlinien Regeln formuliert sind, zeigen PT hier oft wenig Initiative. Neben Loyalitätsverstrickungen wollen Therapeuten persönliche Nachteile vermeiden: die Furcht vor negativen Auswirkungen oder ungenügendes Wissen über ethische Richtlinien bzw. das unethische Verhalten können diese Zurückhaltung erklären [35]. Studien zeigen, dass unethisches Verhalten dann zunehmend anzutreffen ist, wenn Kollegen sich nicht gegenseitig dafür verantwortlich machen. Dies bedeutet, dass gerade PT, die größtenteils selbst für die Einhaltung ethischer Standards verantwortlich sind, diese gut kennen und verstehen müssen [14, 35].

Verschiedene ethische Theorien können dazu herangezogen werden, unterschiedliche Offenlegungspraktiken zu rechtfertigen. Die Offenlegung eines Fehlers kann sowohl mit konsequentialistischen als auch deontologischen Argumenten befürwortet werden, falls ein Schaden durch die Aufklärung nicht überwiegt. In der Praxis können diese Überlegungen durch Prinzipienansätze gestützt werden, z.B. von Beauchamp und Childress [1], der inzwischen auch in der Psychotherapie gelehrt wird [36], oder von Lindsay et al [2].

3. Veröffentlichte bzw. eingereichte Arbeiten in ihrem thematischen Kontext

3.1 Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten

Treatment error in psychotherapy: an empirical contribution to the notion of error and its ethical aspects

Publiziert in: [Ethik in der Medizin](#), März 2014, Volume 26, [Issue 1](#), pp 3-18

Autoren: I. Medau, R. J. Jox, S. Reiter-Theil

Zusammenfassung

Behandlungsfehler in der Psychotherapie sind bisher kaum erforscht. Eine empirisch gestützte Kategorisierung von Behandlungsfehlern stellt einen ersten Schritt dar, sich evidenzbasierten ethischen Empfehlungen zum Umgang mit solchen Fehlern zu nähern. Zielsetzung dieser Arbeit ist es, dafür erste Grundlagen zu erarbeiten, die auf Erfahrungen von Praktikern Bezug nehmen.

Nach einer systematischen Literaturrecherche wurden 30 semistrukturierte Interviews mit approbierten Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausrichtungen (Schulen) geführt und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die beschriebenen, alltäglich auftretenden Behandlungsfehler konnten in *technische, normative, Einschätzungs- und Systemfehler* klassifiziert werden. Viele der technischen und Einschätzungsfehler wurden als reversibel angesehen; sie könnten sogar konstruktiv für die Behandlung nutzbar gemacht werden. Das Versäumnis, einen Fehler zu korrigieren, wurde als Hauptfehler betrachtet. Bei normativen Fehlern sei mit rechtlichen oder berufspolitischen Konsequenzen, aber auch mit Vertrauensverlust und Therapieabbruch zu rechnen. Für Systemfehler fühlten sich die befragten Therapeuten nicht verantwortlich; hier seien berufspolitische Änderungen nötig. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten zu der Empfehlung tendieren, Psychotherapiepatienten in passender Form über Behandlungsfehler aufzuklären und in die entstehenden Konsequenzen einzubeziehen.

Fazit: Psychotherapeuten äußern sich aufgeschlossen gegenüber einer transparenten, konstruktiven Fehlerkultur – eine wesentliche Voraussetzung für Fehlerprävention.

Häufig resultiert erst durch die fehlende Korrektur eines (alltäglichen) Fehlers ein Behandlungsfehler, der Konsequenzen hat (z.B. Scheitern der Therapie). Um diesem entgegenzuwirken, zeichnet sich eine Befürwortung für eine passende Form der Patientenaufklärung über Fehler ab.

Schlüsselwörter: Ethik in der Psychotherapie, Patientensicherheit, empirische Fundierung des Fehlerbegriffs, Psychotherapeuten-Interviews, Qualitative Inhaltsanalyse

Abstract

Aim: Treatment errors in psychotherapy have rarely been a research topic until today. An empirically grounded categorisation of therapy error is a first step towards evidence-based ethical recommendations for the management of treatment errors. The following study aimed to provide foundations for the definition of treatment error in psychotherapy, which are based on the experiences of practitioners.

Material and Method: After a systematic literature search 30 semi-structured interviews with psychotherapists of different therapy directions (schools) were analysed using qualitative content analysis according to Mayring.

Results: The “normal” treatment errors described by the psychotherapists could be classified into *technical, judgemental, normative and system errors*. Many of the technical or judgemental errors were considered to be reversible; they could even be useful if used constructively in the treatment process. A missing revision of the error is considered the actual treatment error. Normative errors will most likely result in legal and professional consequences, loss of trust and cessation of the therapeutic relationship. System errors are met with the feeling of not being responsible; professional policies need to be adjusted.

The results show that the interviewees tend to recommend disclosing errors in an appropriate way as well as including patients in the resulting consequences.

Conclusion: Psychotherapists appear open for a transparent, constructive error culture – an essential condition for error prevention.

Often only by failing to revise the (everyday/normal) treatment error, negative consequences are resulting (such as therapy failure). To prevent this, therapists seem to approve of appropriate error disclosure.

Key Words: Ethics in psychotherapy, patient safety, empirical foundation of the concept of errors, interviews with psychotherapists, qualitative content analysis

Hintergrund und Zielsetzung

Im Rahmen der Bemühungen um Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Ethik nimmt auch in der Psychotherapie das Interesse am Thema Fehler zu; Probleme mit Aufklärung und Informed Consent werden, v.a. in der Verhaltenstherapie, häufig diskutiert [29].

Der Begriff „medizinischer Fehler“ kam zwischen 1890 und 1935 auf, als eine medizinische Standardpraxis entwickelt wurde [5]. Ende des 20. Jahrhunderts wandte sich die Fehlerdiskussion der Prävention zu.¹ Ein Meilenstein war der Bericht des Institute of Medicine „To err is human“ (2000)[15].

Im Gegensatz zur Medizin gibt es in der Psychotherapie deutlich weniger Reflexion und empirische Forschung zu diesem Thema [14].

Die fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema mag mit der Haltung Freuds zusammenhängen, der Fehler primär auf die Dynamik der Patienten/-innen zurückführte [17].

¹ 1988 prägte Charles Perrow den Ausdruck "normaler Fehler" (Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik. Campus Verlag, Frankfurt).

Eine erste Ausnahme stellte Wilhelm Reich dar, der 1949 schon psychotherapeutische Behandlungsfehler beschrieb, insbesondere die Unfähigkeit von Psychotherapeuten, mit negativer Übertragung umzugehen. Seit den 1960er Jahren wurde vermehrt das Thema Schaden durch Psychotherapie diskutiert [11,7,35], ebenso sexueller Missbrauch und Machtmissbrauch durch Therapeuten [32] sowie negative Therapieeffekte [9]. Heute geht man davon aus, dass vier bis fünf Prozent aller Psychotherapien zu Verschlechterungen führen und bis zu 30% erfolglos bleiben [8]. Welcher Teil davon mit Behandlungsfehlern im Zusammenhang steht ist unbekannt.

Eine Schwierigkeit liegt in der unklaren Konzeption des Fehlerbegriffs - eine allgemein anerkannte Fehlerdefinition steht aus [12]. In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Definitionen und Klassifizierungen von Behandlungsfehlern: Haftungsrechtlich sind sie definiert als vermeidbarer Verstoß gegen den Standard angemessener Sorgfalt [2]. Offensichtliche Sorgfaltspflichten betreffen z.B. den Bruch des Abstinenzgebotes oder das Versäumen einen suizidalen Patienten auf seine Suizidabsichten hin zu befragen [38]. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass nur nachweisliches und für Schäden ursächliches Fehlverhalten rechtlich erfasst wird [38].

Im Gegensatz zu technischen Disziplinen (z.B. Luftfahrt) ist die Feststellung eines Fehlers in der Psychotherapie nicht immer eindeutig möglich, sondern muss sich auf Standards oder Regeln, die von der Profession festgelegt und überwacht werden, beziehen. So werden im Managementhandbuch für Psychotherapeuten [2] Fehler definiert als „unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie oder eine falsche Indikationsstellung, wobei gegen anerkannte Richtlinien bzw. aktuelle Standards verstoßen wird oder Grundregeln des therapeutischen Verhaltens dem Patienten gegenüber missachtet werden“. Die Komplexität der Psychotherapie und der Pluralismus der Therapiekonzepte verlangt eine differenzierte und praxisnahe Definition und Operationalisierung, die aber erst noch entwickelt werden muss [27].

Ein erster empirischer Zugang zum Thema Behandlungsfehler wurde 1979 von Bosk² in einer Feldstudie eröffnet [4]. Für die Psychotherapie wurden verschiedene Kategorien von Fehlern vorgeschlagen [16]. Die Priorität sollte auf *alltäglichen* auftretenden Fehlern statt auf (selteneren) juristischen Verfehlungen wie etwa sexuellen Missbrauch gelegt werden [3]. So arbeitet Emmelkamp mit den Begriffen *Wahl der falschen Technik* und *Verfahrensfehler* [7]; bei

² Bosk, der oft als der Fehlerforscher schlechthin bezeichnet wurde, erarbeitete Fehlerkategorien für die somatische Medizin..

Sponset findet man eine Einteilung nach Therapiephase (z.B. Diagnostik- oder Katamnesefehler) bzw. Ursachen [34]. Kottler und Blau beschreiben Anfängerfehler und technische Fehler [16]. Hutterer-Krisch beschreibt Fehler in der Handhabung von Gegenübertragung, durch mangelnde Kenntnis der Kultur eines Patienten, mangelnde Achtung vor der Patientenautonomie, unzureichende Einfühlung, überholten Theorien oder Überforderung durch das Störungsbild [13]. Insgesamt ist die Literatur arm an empirisch gestützten Beiträgen, die sich nicht nur auf den Erfahrungshintergrund einzelner Autoren beschränken [22]. Die vorliegende Studie soll hierzu einen Beitrag leisten.

Die folgenden Forschungsfragen stehen im Zentrum unserer Untersuchung: Wie klassifizieren und definieren Psychotherapeuten (PT) selbst Behandlungsfehler (BF)? Welches sind die häufigsten Fehler? Können Therapeuten eigene bzw. aus der Supervision bekannte Fehler beschreiben? Wie gehen sie mit Fehlern von Kollegen um? Welche moralischen Einstellungen haben sie zu Fehlern?

Ziel dieser Arbeit ist es, praxisorientierte Einsichten zum Thema Behandlungsfehler einer ethischen Diskussion zuzuführen. Dafür sollte der Fehlerbegriff mit alltagsrelevantem Inhalt angereichert werden. Durch die genauere Beschreibung von alltäglichen Fehlern sollen Empfehlungen angeregt werden, die einen fehlerfreundlichen Umgang fördern, gleichzeitig Schaden für den Patienten verhindern helfen und ggf. in künftige Leitlinien einfließen können. Weiter führende Überlegungen zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie finden sich bei Medau et al (im Druck/2012)[25]. Im Interesse der Patienten und im Sinne einer ethischen Verantwortung von Psychotherapie ist eine vertiefte Beschäftigung mit dem Thema unerlässlich [29].

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Da es sich um ein kaum erforschtes Gebiet handelt, wurde das explorativ-qualitative Design einer Interviewstudie gewählt [24]. Auf der Basis eigener psychotherapeutischer Berufserfahrung in der Autorengruppe und einer Literaturrecherche (Datenbanken PubMed, PsychInfo) wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden [24] entwickelt, der die Themen Fehlerklassifikation und -definition, Umgang mit Fehlern und moralische Einstellung beinhaltet. Der Leitfaden wurde von Experten für qualitative Sozialforschung, Psychotherapie und Rechtsmedizin überprüft, in einer Vorstudie mit Hilfe von fünf Psychotherapeuten (PT)

in Ausbildung erprobt. Hierbei zeigte sich, dass eine allgemein gehaltene Fehlerdefinition ([2] s. oben) nötig war, um die PT auf das Thema Behandlungsfehler (BF) einzustimmen³.

Als Studienteilnehmer wurden praktizierende PT aus dem Großraum Berlin ausgewählt, welche die anerkannten, erstattungsfähigen Psychotherapiemethoden anwenden, stationär und ambulant arbeiten (Cluster-Sampling mit Stratifizierung). Angefragt wurden insbesondere Supervisoren; durch die Vermittlung weiterer Kontakte konnten zusätzliche Interviewpartner gefunden werden (Snowballing). Fünf PT lehnten aus Zeitgründen die Teilnahme ab. Die Anzahl der Studienteilnehmer wurde nach dem in der qualitativen Forschung etablierten Kriterium der inhaltlichen Sättigung bestimmt, d.h. die Rekrutierung wurde beendet, sobald zusätzliche Interviews keinen Informationsgewinn mehr lieferten.

Die Interviews fanden in den Arbeitsräumen der PT statt, wurden alle von der gleichen Interviewerin durchgeführt (approbierte PT mit Methodenschulung in qualitativer Sozialforschung) und dauerten etwa eine Stunde. Sie wurden akustisch aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anonymisiert. Mit der Anonymität wurde auch Sanktionsfreiheit für die PT garantiert. Die Transkripte wurden mit Hilfe der Software MAXqda 2001 nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gemäß Mayring ausgewertet [24]. Dieses Verfahren ist zwischen einer klassifikatorischen und sinnrekonstruierenden Vorgehensweise angesiedelt, wobei theoriegeleitet gearbeitet wird und die Textinterpretation auf Basis eines Kategorienschemas erfolgt. Gütekriterien wie Intercoderreliabilität, Verfahrensdokumentation und argumentative Interpretationsabsicherung zeichnen die qualitative Inhaltsanalyse aus und wurden auch in unserer Studie angewandt. Die Unterkategorien wurden in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet; die Grundlage für dieses Vorgehen bildete ein am Material entwickeltes (induktives) Kategoriensystem.

Für die weitere Analyse wurden mithilfe theoretischer Erwägungen deduktiv Hauptkategorien gebildet. Dafür dienten u.a. die von Bosk beschriebenen Fehlerkategorien [4]; sie konnten für die Psychotherapie als theoretisch gewonnene Oberkategorien angewendet werden. Zur Weiterentwicklung und Überprüfung des Kategoriensystems – und somit zur Erhöhung der Reliabilität – erfolgten ausführliche Diskussionen in Forschungskolloquien zur Medizin- und Gesundheitsethik bzw. Psychotherapieforschung. Weiterhin wurde die Validität durch eine ausführliche Verfahrensdokumentation abgesichert.

Nach ausführlichem Training führte ein unabhängiger Codierer (Diplompsychologe) einen

³ Nach einer vorangehenden ethischen Beratung durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) wurde die ethische Vertretbarkeit der Studie geprüft: der Interviewleitfaden und die Studieninformation für die Teilnehmer erfüllten die ethischen Richtlinien. Laut Ethikvotum der OPK wurde die Studie daraufhin von einem ausführlichen Ethikantrag befreit.

zweiten Codierdurchgang an 40% des Materials durch, wobei sich ein Gesamt-Interraterreliabilitätskoeffizient von 0,93 ergab. Teile der Originalzitate werden zur Überprüfbarkeit der Kategorien im Folgenden präsentiert. In der Ergebnisdiskussion findet zusätzlich eine argumentative Interpretationsabsicherung statt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 30 PT an den Interviews teil; davon waren 21 Psychologen, sieben Psychiater und zwei Sozialpädagogen.⁴ Achtzehn waren zusätzlich in der Supervision tätig. Alle Therapeuten waren approbiert (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie / Psychoanalyse, Gesprächstherapie); mehrere hatten zusätzliche Qualifikationen (z.B. Hypnose, Körpertherapie, Musiktherapie).

Tabelle 1: Informationen zu Interviewpartnern (n=30)

Eigenschaft	Ausprägungen	Daten
Geschlecht (n)	Männlich	9
	Weiblich	21
Alter in Jahren	Spanne	28 – 70
	Mittelwert	45
	Median	46
	Standardabweichung	11
Praktische Erfahrung In Jahren	Spanne	3 – 40
	Mittelwert	18
	Median	18
	Standardabweichung	12

Frage zur eigenen Definition des Behandlungsfehlers

Die Mehrzahl der Befragten konnte der eingangs vorgegebenen Definition des BF zustimmen, konstatierten allerdings, diese müsse weiter ausdifferenziert und operationalisiert werden. Ein zentrales Ergebnis zur Frage, ob der Begriff „Behandlungsfehler“ als solcher angemessen sei, war, dass die Befragten weniger gern diesen Begriff, als vielmehr Synonyme oder detaillierter beschreibende Komposita mit diesem Wortstamm benutzten: z. B. *Lapsus, Methoden-*,

⁴ Psychotherapeuten und Therapieverfahren und Geschlechterverteilung 2003 Quelle Bundesärztekammer KBV 2004 <http://www.psychogen.de/data/pool/2052813798.pdf>

Flüchtigkeits-, Beziehungs- oder Diagnostikfehler. Insgesamt äußerten sich die Therapeuten unzufrieden mit dem Fehlerbegriff; sie bevorzugten Euphemismen wie *Suchbewegung, Umweg, Irrweg, falsche Richtung, schwierige Situation, Schwierigkeiten im Prozess, Störfall* oder *ungünstiges therapeutisches Verhalten*. Dies begründeten sie damit, dass solche Begriffe in einem Gespräch mit dem Patienten über einen BF eine (nützliche) Strategie darstellten.

Die Therapeuten distanzieren sich klar von sexuellen und anderen Übergriffen; diese seien keine „alltäglichen“ BF und ordneten sie korrekt als Straftat ein.⁵ Mehr als 50% der Therapeuten sprachen spontan von einem „klassischen Fehler“, wenn PT Eigen- oder Fremdgefährdung des Patienten nicht erkennen. Dieser Fehler wurde als der bedrohlichste angesehen, da er zum Patientensuizid führen kann, und in Abgrenzung zu den unten aufgezählten Fehlern als weniger alltäglich empfunden.

Insgesamt ließen sich vier Hauptkategorien von Fehlerarten aufstellen, die durch weitere Unterkategorien spezifiziert werden:

⁵ Das Thema sexueller Übergriffe wird hier aus Raumgründen nicht diskutiert.

Abbildung 1: Oberkategorien von Fehlern mit Unterkategorien

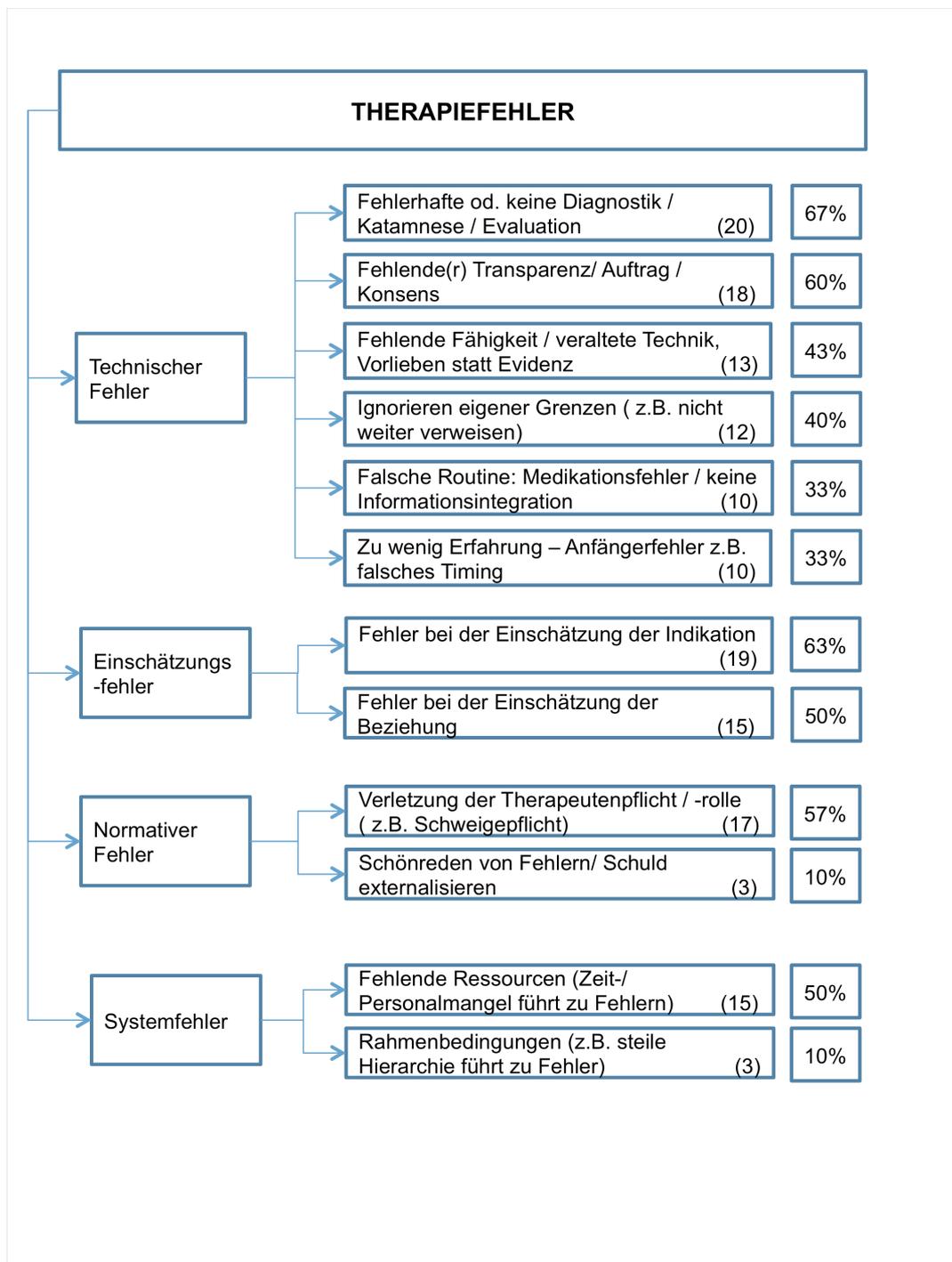


Abb1: Darstellung der vier Oberkategorien mit ihren Unterkategorien. Zahlen in Klammern geben die Zahl der Antworten an. Die Prozentzahlen geben den Anteil der Therapeuten an, die aus der Gesamtstichprobe (100%) diese Fehler erwähnt haben. Mehrfachnennungen innerhalb einer Kategorie sind möglich

1. Technische Fehler betreffen Therapietechniken und können an Richtlinien und Standards festgemacht werden.

Beispiele (Zitate aus Interviews):

Unterkategorie Diagnostik:

Es wird zu früh lostherapiert, ohne eine genaue Diagnostik zu machen, vielleicht ist die Diagnostik auch unvollständig... Also ich erlebe zwei Sachen, zum einen so eine Art Gießkanne, ohne im Vorfeld aufgrund der Symptomatik differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen und gezielt Diagnosen zu machen zum Ein- oder Ausschluss (...), oder ich mache manche Diagnostikinventare nicht, obwohl die vielleicht wichtig wären (T16⁶).

Unterkategorie veraltete Technik:

Fehler hmm - ich glaube, generell was am häufigsten passiert, dass man Techniken anwendet, die veraltet sind und von denen man weiß, oder von denen aktuell ausgegangen wird, dass sie nicht wirken und dass trotzdem daran festgehalten wird (T18).

2. Eine zweite Kategorie bilden die Einschätzungsfehler. Dazu zählten neben Fehleinschätzungen bei Indikationsentscheidungen auch falsche Einschätzungen der therapeutischen Beziehung.

Beispiele:

Unterkategorie Beziehung:

Wenn die Beziehung, also das Arbeitsbündnis, noch nicht steht, also das wird oft zu unsensibel wahrgenommen: gibt es das Bündnis wirklich, stimmt die Chemie? (T3)

Unterkategorie Indikation:

Therapiefehler- also im Alltag betrifft das mehr Einschätzungen, prognostische Einschätzungen. Also z.B. bei Fällen, wo ich damals viel Zeit investiert habe, weil ich vielleicht dachte, ja, hier kann man was erreichen, würde ich heute sagen, dort konnte man mit unserer therapeutischen Methode und Energie nichts erreichen. (T20).

⁶ Identifikationsnummer des Interviews

3. Als normative Fehler im Sinne einer Abweichung von gesellschaftlich anerkannten moralischen, rechtlichen oder berufsrechtlichen Normen, wurden moralische Fehler wie Unaufrichtigkeit, die Abschiebung eigener Schuld auf andere und das Bagatellisieren bzw. Schön-Reden von Fehlern expliziert.

Beispiele:

Unterkategorie Schuld externalisieren:

Einen klaren Misserfolg umdeuten, dem Patienten die Schuld geben..., also manchmal hatte ich den Eindruck, wenn was schief gelaufen ist, dass dann die Eltern (bei Therapien von Kindern) dafür verantwortlich gemacht wurden, weil die ja nicht so gut kooperiert haben... (T12).

Unterkategorie Therapeutenpflicht:

Was Therapiefehler betrifft, also eine Sache fällt mir noch ein, die zumindest in der Medizin noch immer dazu gezählt wird und meines Erachtens auch in unserem Arbeitsfeld wichtig ist - das ist unsere so genannte Aufklärungspflicht, der nicht immer in Gänze nachgekommen wird. In meinen Augen wäre das auch ein Fehler, wenn diesem so genannten und im Grundgesetz verbrieften informationellen Selbstbestimmungsrecht nicht nachgekommen wird... (T9).

Ich hab einen Fehler gemacht, einen Schweigepflichtfehler (...), das fand ich ganz fürchterlich. Da haben wir ganz viel in den Arztbrief geschrieben, der dann ans Jugendamt gegangen ist, und das Jugendamt hat natürlich den Eltern sofort Einsicht gewährt und da war die Jugendliche auch zu Recht ziemlich angefressen.(...) Da hatte ich auch nicht die Möglichkeit, damit souverän umzugehen, das anzusprechen, weil die Jugendliche schon entlassen war und nachstationär hat sie mich dann geächtet (T12).

4. Diverse Systemfehler wurden beschrieben. Neben Fehlern, die aufgrund mangelnder Ressourcen (Zeitmangel, regionale Unterversorgung durch politische Deckelung von Praxiszulassungen) entstehen, wurden hier insbesondere organisatorische Rahmenbedingungen wie steile Hierarchien genannt. Diese Fehler werden im Rahmen des Systems in Kauf genommen; sie scheinen jedoch gleichzeitig von einer inneren Distanzierung und Verantwortungsdiffusion seitens der PT begleitet zu sein.

Beispiele:

Unterkategorie Rahmenbedingungen:

Diese Crux der Befehlshierarchie, dass selbst wenn Therapeuten denken, das ist falsch, ich würde das anders machen, man den Willen des Oberarztes, wenn man nicht irgendwie subversiv veranlagt ist, durchführen muss. Das ist eine schwierige Sache, denn man fühlt sich ein bisschen so, wie wenn man wider besserem Wissens handelt und fühlt sich auch nicht so verantwortlich für das, was dann passiert (T24).

Unterkategorie Ressourcen:

Bezüglich Klinik wollte ich noch mal sagen - der Zeitdruck ist enorm, (...) ich finde das ist viel zu wenig vorgegeben, sich mal zu reflektieren und auszutauschen, ist immer alles so zwischen Tür und Angel und so hektisch, da passieren dann auch Fehler... (T15)

Insgesamt vertraten die Befragten, dass technische und Einschätzungsfehler häufig als reversibel angesehen würden, wirkliche BF entstünden demnach erst aufgrund von unterlassenen Korrekturen alltäglicher Fehler.

Ich würde sagen, Behandlungsfehler entstehen wirklich erst daraus, wenn dann keine Rückkoppelung mit dem Patienten erfolgt (...), dann komm ich ja auf Holzwege und dann kommt's zu Behandlungsfehlern. (T20)

Der richtige Interaktionsfehler entsteht erst dadurch, dass man einen Fehltritt macht, und dann kommt nicht die Korrektur hinterher. (T23)

Diskussion

Für eine praxisrelevante Klassifizierung und Definition sind neben objektiven Daten auch subjektive Sichtweisen praktizierender Therapeuten wichtig. Die Interviewstudie zeigte teilweise überraschende Wahrnehmungen und Präferenzen der Befragten, die auch aus ethischer Sicht einer Diskussion Wert sind.

Begrifflichkeit und Kategorienbildung

Insgesamt berichteten die Therapeuten freimütig von alltäglichen Fehlern. Der Begriff „Behandlungsfehler“ als solcher wurde zurückhaltend gehandhabt; die befragten PT machten

Unterschiede bezüglich der Art von Fehlern und bevorzugten Euphemismen. Diese Sicht ist auch aus der Literatur ersichtlich [34] und könnte einerseits auf Banalisierung oder Tabuisierung des Themas hinweisen, welche die moralische Last des Begriffes abschwächt. Andererseits könnte dies auch auf eine konstruktive Fehlerkultur hindeuten. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass der Begriff BF im deutschsprachigen Raum an juristische Prozesse denken lässt, zumal der verwandte Begriff Kunstfehler mit medialen Skandalberichten assoziiert wird. Allerdings hatte keiner der befragten PT selbst rechtliche Konsequenzen für einen Fehler erlebt.

Auch wenn, vielleicht mitbedingt durch eine fehlende Definition, noch keine genauen Zahlen von BF in der Psychotherapie bekannt sind, legen unsere Ergebnisse nahe, dass die beschriebenen „alltäglichen Fehler“ als häufig wahrgenommen werden. Die in unserer Klassifikation gebildeten vier Oberkategorien dienen der Zusammenfassung der verschiedenen Unterkategorien; manche der Unterkategorien finden sich auch in anderen Fehlerklassifikationen [13,7,34,16].

Erste Oberkategorie: Technische Fehler

Viele der beschriebenen alltäglichen Fehler konnten als technische Fehler subsumiert werden, diese Kategorie wird auch in der Literatur beschrieben [34,13]. Die häufige Nennung von diagnostischen Fehlern ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese relativ leicht identifizierbar sind (z.B. falsches Rechenergebnis im IQ-Test). Ebenso sehen Therapeuten eine fehlende Therapieevaluation, inkl. Katamnese und Verlaufsevaluation, als augenfälligen Fehler an. Dies dürfte mit den in vielen Einrichtungen durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammenhängen.

Obwohl technische Fehler noch am leichtesten wahrnehmbar erscheinen, spiegelt sich hier die Unsicherheit der Therapeuten wider, Fehler eindeutig als solche zu klassifizieren. Die Annahme, es müssten zur Bestimmung von Fehlern Leitlinien oder Standards zum Vergleich vorliegen, erschwert auch die Wahrnehmung von technischen Fehlern [4]. Leitlinien werden in der Psychotherapie kontrovers diskutiert [23, 18]; verschiedene Psychotherapieschulen haben konkurrierende Standards.

Zweite Oberkategorie: Einschätzungsfehler

Ein weiterer Fehlertyp wurde vom technischen Fehler unterschieden: der Einschätzungsfehler. Bosk [4] beschreibt medizinische Fehleinschätzungen bei der Auswahl therapeutischen

Vorgehens. In der Psychotherapie sehen wir analog eine falsche Indikationsentscheidung. Eine weitere relevante Einschätzung ist die (Fehl-) Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Im Unterschied zum technischen Fehler scheinen beim Einschätzungsfehler subjektive Komponenten eine größere Rolle zu spielen. Obwohl standardisierte Instrumente und Vorgehensweisen vorhanden sind, gilt z.B. die Indikationsentscheidung als „nicht in idealer Weise beantwortbar“, da sie zusätzlich auf nicht überprüften Annahmen, individuellen praktischen Erfahrungen, Experten- und Kollegenmeinungen sowie Alltagswissen basiert [22]. Hier ist das „klinische Urteil“, aber auch die moralische Urteilskraft gefordert – komplexe Kompetenzen, die für die Psychotherapie noch zu analysieren sind.

Fehler bei der therapeutischen Beziehung werden bereits von anderen Autoren beschrieben [34,3,13]. Anhand der Antworten unserer Befragten zeigte sich, wie sehr PT für die hohe Relevanz der therapeutischen Beziehung sensibilisiert sind. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg wird durch neuere Psychotherapiestudien nur begrenzt gestützt [23].

Zunehmend operationalisierte Vorgehensweisen zur Erfassung von Therapiebeziehung und Indikation, die jedoch in der Praxis selten angewendet werden, erlauben es, hier auch von technischen Fehlern zu sprechen. Die Befragten unterschieden jedoch zwischen diesen zwei Fehlerarten; es ist fraglich, ob Beziehung und Indikation wirklich als reine Fragen der „Technik“ angesehen werden können. Beim Einschätzungsfehler spielen Empathie und persönliche Empfindungen eine Rolle; technische Fehler beziehen sich deutlicher auf professionelles Wissen. Daher scheint uns eine eigene Kategorie – Einschätzungsfehler - gerechtfertigt.

Verkennen von Suizidalität

Das fehlerhafte Verkennen von Suizidalität beim Patienten wurde nicht auf mangelnde Kompetenzen, sondern auf falsche Einschätzung zurückgeführt. Daher kann dieser „klassische Fehler“ den Einschätzungsfehlern (s. u.) zugeordnet werden. Die Einschätzung von Suizidalität bei psychisch kranken Menschen stellt eine der schwierigsten Aufgaben des Berufes dar, und ein Verkennen von Suizidalität ist der wohl am meisten gefürchtete Fehler. Man könnte vom therapeutischen „Damoklesschwert“ sprechen; insbesondere das deutliche Bewusstsein über diesen potentiellen Fehler unterscheidet ihn von den anderen beschriebenen Fehlern. Hier sind neben Therapeutenvariablen Patienten- und Umweltvariablen besonders wichtig, was eine Einstufung als Einschätzungsfehler stützt.

In der Literatur wurden häufig Fehler im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen beschrieben [13,33], die aus heftigen Gegenübertragungen resultierten und zu falschen Reaktionen führten [13]; auch Übertragungsfehler können als Einschätzungsfehler klassifiziert werden. Bei diesem Fehler steht der Wert des menschlichen Lebens im Raum; die Konsequenz aus dem Fehler (Tod) ist hier irreversibel und der wohl größte Schaden, der einem Patienten widerfahren kann. Dieser Fehler wird moralisch nach seinen Folgen beurteilt. Die Relation zwischen negativen Folgen und Fehlern führt zur nächsten Unterscheidung.

Fehler vs. Misserfolg

Hoffmann et al [12] definieren Misserfolge als die unzureichende bzw. fehlende Erreichung angestrebter Ziele, und Therapieschäden als unerwartete, anhaltende und für den Patienten erheblich nachteilige Auswirkungen der Therapie. Im Unterschied dazu muss bei einem BF nicht immer ein Misserfolg oder Schaden vorliegen. Auch Bosk beschreibt, dass sowohl technische als auch Einschätzungsfehler häufig behoben werden können [4]. Gerade in einer Psychotherapie kann die Einübung fehlertoleranter Verhaltensweisen eine sinnvolle Strategie sein, um soziale Kompetenz und Stresstoleranz des Patienten zu fördern [16]. Ähnlich betonten unsere Befragten, dass technische und Einschätzungsfehler meist nicht endgültig seien; sie könnten durch richtige Handhabung korrigiert werden. Durch Bezeichnungen wie „Suchbewegung“, „Irrweg“ oder „Umweg“ könne man Patienten gut klar machen, dass in der Therapie manchmal Fehler passierten, die dann korrigiert werden müssten. Bei massiertem Auftreten oder mangelnder Bearbeitung der Fehler führten sie jedoch zu Verschlechterungen oder zum Scheitern. Ein Bewusstsein für dieses Problem könne die Fehlerprävention fördern. Schlussfolgernd stelle aber gerade die Unterlassung einer solchen Fehlerkorrektur den eigentlichen BF dar, der dann die ganze Therapie zunichte mache [11]. Wir sind hier mit einer deutlichen Tendenz konfrontiert, BF therapeutisch positiv nutzen zu wollen und womöglich als wenig gravierend für den Patienten zu bewerten.

Eine Schwierigkeit bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist die in der Literatur mehrfach beschriebene Fehleinschätzung von Therapeuten bezüglich ihrer (schlechten) Therapieverläufe, bzw. ihre Tendenz, die eigene Arbeit positiver wahrzunehmen, als sie ist [30]. Diese Voreinstellung könnte auch in Bezug auf eigene Fehler vorliegen und zu einer verzerrten Darstellung führen. Die eher positive Einstellung gegenüber Fehlern bzw. die Betonung der Reversibilität von Fehlern können damit teilweise erklärt werden. Einer solchen Voreinstellung könnte durch gezielte Sensibilisierung zu begegnen.

Dritte Oberkategorie: Normative Fehler

Normative Fehler umfassen ein Verhalten, das in Abgrenzung zu den o. g. Fehlern und ähnlich wie in der Medizin [4] häufig als moralisch verwerflich empfunden wird. Explizite Normen bezüglich der Psychotherapeutenrolle wurden für die Psychotherapie, z. B. im Rahmen von Berufsordnungen oder gesetzlichen Regelungen formuliert [23,31,37,13]; moralische Normen sind hier jedoch oft implizit oder zumindest ungenügend expliziert [29] und ein Bedürfnis nach Orientierung ist ersichtlich [36]. Aufgrund des Pluralismus, der die Psychotherapie und ihre impliziten oder expliziten Wertvorstellungen prägt, sind normative Fehler oft nur schwer erkennbar [27], sofern sie nicht eindeutige Verfehlungen gegen etablierte Normen wie das Recht darstellen (z. B. Bruch der Schweigepflicht). Die Befragten nannten Fehler dieser Art daher häufig unter Vorbehalt und betonten die unterschiedlichen Haltungen verschiedener Schulen, die eine Orientierung erschweren. Ein interessantes Ergebnis ist, dass sich diese angenommenen Unterschiede nicht in den Ergebnissen widerspiegelten. Obwohl ein Pluralismus der Schulen herrscht (z. B. bzgl. Grad der Abstinenz), scheinen die Einstufungen als normative Fehler schulenübergreifend zu sein.

Wie aus anderen Studien bekannt [18,19,8,28,29] wurde mangelnde Aufklärung des Patienten auch in der aktuellen Stichprobe als einer der häufigsten Fehler eingeschätzt. Die Aufklärungspflicht umfasst die Indikation, Art der Behandlung, den Therapieplan, Behandlungsalternativen, Behandlungsrisiken und Rahmenbedingungen vor Beginn und während der Behandlung [23]. Bezüglich der konkreten Handhabung der Aufklärung wurden allerdings sehr unterschiedliche Haltungen und auch Unsicherheiten deutlich.

Bei normativen Fehlern gilt, dass mit rechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen, aber auch mit Vertrauensverlust und damit dem Therapieabbruch des Patienten zu rechnen ist. Um als Fehler zu gelten, müssen diese Verstöße in gewisser Weise „ungewollt“ sein. Absichtliche bzw. bewusst in Kauf genommene Verletzungen von Berufspflichten (z. B. sexueller Kontakt mit Patient) fallen nicht darunter - dies belegt die klare Abgrenzung zur Bezeichnung als Fehler durch die Befragten.

In diesem Zusammenhang ist es aufschlussreich, sich mit der Unsitte des Schönredens von Misserfolgen oder des Externalisierens von Schuld zu befassen; diese Praxis haben wir als normativen Fehler gekennzeichnet, weil gegen moralische Werte und Normen wie z. B. Ehrlichkeit verstoßen wird. Ebenso verstößt es gegen das ethische Prinzip der ‚Integrität‘, wenn für das Misslingen einer Therapie trotz eindeutiger BF ausschließlich oder vorwiegend mangelnde Motivation oder Persönlichkeitsmerkmale des Patienten als Erklärung

herangezogen werden [20]. Ein unrealistisches Ideal der Fehlerfreiheit kann dazu beitragen, die Schuld bei Anderen zu suchen. Selbstschutzgründe können gegen eine Fehleranalyse sprechen und dazu, dass ausbleibende oder unzureichende Erfolge, mangelnde Motivation oder Persönlichkeitsmerkmale des Patienten zur Entschuldigung herangezogen werden [6,16]; dies geschieht nicht unbedingt bewusst.

Psychotherapeutengesetz und Berufsordnung

Wie können die vorliegenden Ergebnisse vor dem Hintergrund aktueller Regelwerke eingeordnet werden? Im deutschen Psychotherapeutengesetz ist geregelt, dass bei schwerwiegenden beruflichen Fehlern Disziplinarbestimmungen sowie berufsständische, gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Regeln angewendet werden können. Fehler können insbesondere im Rahmen des Zivilrechts als Pflichtverletzungen geahndet werden [31].

Die American Psychological Association der USA hat bis heute die am besten ausgearbeiteten berufsethischen Prinzipien; ethische Verstöße (u.a. Fehler) werden hier geregelt [1,13]. Der Schweizer Psychotherapeutenverband empfiehlt PT das Eingestehen begangener Fehler und die Aufarbeitung mit dem Patienten. Beschwerden werden durch die Standeskommission geregelt, die ggf. eine Klage und Sanktionen veranlasst [37]. Der österreichische Berufskodex beschäftigt sich explizit mit Fehlern, der Ethikausschuss des Psychotherapiebeirates bietet hierfür einen Beschwerdeausschuss an⁷ [13].

Interessant ist insbesondere die Norm einer persönlichen und fachlichen Kompetenz sowie die Orientierung an fachlichen und wissenschaftlichen Standards. Folgt man dieser Norm, schafft dies eine Grundlage für das Erkennen technischer Fehler (Verstoß gegen Standards) und kann gleichzeitig als ethische Verpflichtung zur Vermeidung dieser Fehler betrachtet werden.

Vierte Oberkategorie: Systemische Fehler

Im Gegensatz zum individuell verursachten Fehler haben laut Fehlerforschung [26] die meisten Fehler eine systemische Komponente, z. B. unzureichende Arbeitsbedingungen und systembedingte Verhaltensmuster. Hierbei zählen auch eine geringe Psychotherapeutendichte, eine mangelnde Erreichbarkeit sowie eine Therapieübernahme durch nicht psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Systemfehlern begegnen die befragten Therapeuten

⁷ Vergleichbar zu medizinischen Einrichtungen erscheint hier die Beschwerde- und Schlichtungsstellenkultur auch für die Psychotherapie gut etabliert.

mit dem Gefühl der Nicht-Verantwortlichkeit, Ohnmachtsgefühlen bzw. der Forderung nach Veränderungen auf höherer Ebene. Diese Thematik erfährt zunehmend Beachtung [3,29,13].

Erheben und Erfassen von Fehlern – Fehlerprävention

Bereits der Begriff „Fehlerkultur“ weist auf die Überwindung des Fehler-eliminierenden Perfektionismus und der Null-Fehler-Toleranz hin [3]. In der Psychotherapie scheint ein eigenes Verständnis des BF erst in Ansätzen vorhanden zu sein. Auch ein kausal strukturierter technischer Rahmen, wie z.B. in der Luftfahrt, der eine eindeutige Fehlerklassifikation erlauben würde, fehlt. Fehleranalyse und ein Rückmeldesystem sind für einen konstruktiven und lernfördernden Umgang mit Fehlern wesentlich [3]. Hierfür kann die Technik als Ausgangspunkt der modernen Fehlerkultur genutzt werden. Die Erfassung von Beinahe-Fehlern oder Fehlern, die nicht zu einem Schaden geführt haben, hat in der somatischen Medizin (und zuvor in der Luftfahrt) bereits gute Ergebnisse gebracht [21,15]. So könnten auch in der Psychotherapie anonyme Meldesysteme wie das Critical Incident Reporting System (CIRS) helfen. Erste Ansätze in diese Richtung gibt es bereits, z.B. das KÖDOPS ⁸, eine Software zur Falldokumentation und -sammlung aus der klinischen Praxis, die zur Planung und Qualitätssicherung von Psychotherapie (tiefenpsychologisch und analytisch) genutzt werden kann und u. a. Fehler dokumentiert.

Zur Prävention von Fehlern könnte weiterhin die Analyse (negativer) Verläufe in der Psychotherapie dienen; allerdings wären dazu entsprechende Leitlinien zur Definition der Abweichung notwendig. Ein Problem von Monitoringsystemen für Therapieverläufe ist die praktische Untauglichkeit der Verfahren. Auch für ein Monitoring durch äußere Stellen fehlen praktikable Konzepte.

Das Thema BF sollte zum festen Bestandteil der Psychotherapeuten-Ausbildung gemacht werden, ebenso wie die Auseinandersetzung mit ethischen Richtlinien der Berufsverbände. Zusätzlich könnten Maßnahmen wie eine persönliche Anerkennung (Unterschrift) ethischer Grundsätze bei Berufseintritt die existierenden ethischen Richtlinien stärker ins Bewusstsein rücken. Auch die Nutzung dieser Definition zur Erstellung von Leitlinien könnte einen ethisch vertretbaren und therapiefördernden Umgang mit BF ermöglichen. Ethische Empfehlungen wie die Offenlegung von Fehlern gegenüber den Patienten werden bereits in der Literatur diskutiert [10,13]. Weitere empirische Studien und Expertenmeinungen sind

⁸ KÖLNER DOKUMENTATIONSSYSTEM für Psychotherapie und Traumabehandlung, beinhaltet u.a. auch ein Fehlermeldesystem, <http://www.koedops.de/>

nötig, um valide Fehlerkategorien sowie eine belastbare Definition zu entwickeln. Insbesondere müsste aber bei der individuellen Sensibilisierung für das Thema und der Weiterbildung für ethische Aspekte in der Psychotherapie angesetzt werden.

Einschränkungen

In der regional begrenzten Stichprobe wurde die Befragung auf die Psychotherapeutensicht sowie auf Selbstauskünfte beschränkt. Neben sozial erwünschten Antworttendenzen könnte auch ein Teilnahme-Bias wirksam sein, falls dem Thema gegenüber eher aufgeschlossene Kollegen teilnahmen (fünf Absagen ggü. 30 Zusagen). Weiterhin einschränkend könnte für die Validität eine unzureichende Wahrnehmung von Fehlern und deren Auswirkungen sein. Eine breit angelegte Überprüfung der Kategorien im Rahmen einer repräsentativen Studie über Fehlertypen und -häufigkeiten ist empfehlenswert. Zusätzlich sollte die Patientensicht erfragt werden. Abschließend kann festgehalten werden, dass die große Offenheit und das Interesse der Therapeuten gegenüber dem Thema in einem erstaunlichen Kontrast zur kaum erkennbaren Diskussion des Themas innerhalb der Psychotherapeutenzunft, z. B. in der Weiterbildung, stand. Hier besteht Nachholbedarf, dem die Institute im Zusammenhang mit einer kompetenten Berücksichtigung von ethischen Fragen in den Curricula entsprechen könnten.

Fazit für die Praxis

1. Die Therapeuten konnten sich mit der vorgegebenen Definition für BF (Behandlungsfehler) als unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie bzw. falsche Indikationsstellung identifizieren. Differenzierend nannten sie ungewollte Abweichungen von professionellen Standards sowie Fehleinschätzungen, die ohne Korrektur zum endgültigen Behandlungsfehler werden. Folgende alltägliche Fehler wurden unterschieden: *technische Fehler*, *Einschätzungsfehler*, *normative Fehler und Systemfehler*. Anstelle des technischen Fehlers wurden Alternativbegriffe (z. B. Suchbewegungen) bevorzugt. Charakteristisch für die Psychotherapie sind Einschätzungsfehler, deren Basis praktische Erfahrungen, Meinungen sowie Alltagswissen bilden. Beispielhaft für eine alltägliche normative Verfehlung war das Schönreden von Fehlern. Politisch interessant sind durch Einzelne nur geringfügig beeinflussbare Systemfehler, die Veränderungen auf höherer Ebene erfordern.

2. Nicht alle Fehler sind vermeidbar; entscheidend ist daher – auch für den Patienten – der angemessene Umgang mit Fehlern. Fehler sollten gegenüber Patienten in passender Form angesprochen werden, gerade technische und Einschätzungsfehler gelten dann als häufig reversibel. Als eigentlicher Behandlungsfehler wird eine *fehlende Korrektur* des Fehlers angesehen.
3. Präventiv könnten bereits bekannte Fehler genutzt werden. Dazu benötigt werden (ähnlich wie in der somatischen Medizin): Frühwarnsysteme, Einrichten von Melderegistern, bessere Vermittlung einer professionellen Haltung und Selbstkontrolle. Reflexion und Umgang mit Behandlungsfehlern sollten im Zusammenhang mit ethischen Aspekten in der *Aus-, Weiter- und Fortbildung* zur Psychotherapie bei Ärzten und Psychologen vermittelt werden.

Dank

Wir danken allen, die bei der Forschungsarbeit mitgewirkt haben; insbesondere den Psychotherapeuten, die für die Interviews zur Verfügung standen, dem Kolloquium zum Basler PhD-Programm Medizin- und Gesundheitsethik für kontinuierliche interdisziplinäre Diskussionen, dem Forschungskolloquium der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Basel für Peer-Feedback, ebenso den externen Experten, insbesondere Frau Prof. Schneider, Bochum und Frau Prof. Schröder, Leipzig.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Referenzen

1. American Psychological Association (1992) Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Am Psychol* 47:1597-1611
2. Behnken E, Bell K, Best D, Gerlach H, Schirmer H-D, Schmid R (2000) *Management-Handbuch fuer die psychotherapeutische Praxis*. Decker, Heidelberg
3. Bienenstein S, Rother M (2009) *Fehler in der Psychotherapie. Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Springer-Verlag, Vienna
4. Bosk CL (1981) *Forgive and remember: managing medical failure*. The University of Chicago Press, Chicago
5. Dupré K (1989) *Ärztliche Behandlungsfehler. Geschädigte Patienten und ihre Rechtsansprüche*. Jopp, Wiesbaden
6. Dörner D (1989) *Die Logik des Mislingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen*. Rowohlt Verlag, Berlin
7. Emmelkamp PMG (1988) *Misserfolge in der Verhaltenstherapie*. In: Kleiber D, Kuhr A (Hrsg.) *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie Tübingener Reihe, Nr. 8, Tübingen, S 34-44
8. Fischer F (2007) *Evidenzbasierte Psychotherapie? Wenn, dann schon richtig*. *Report Psychologie*, 10:453-456
9. Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zu Profession*. Hogrefe Verlag, Göttingen
10. Greenson R (2000) *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart
11. Strupp HH, Hardy SW (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32 (3):187-196
12. Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B (2008) *Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Uebersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells*. *Psychotherapeut* 53(1):4-16
13. Hutterer-Krisch R (2007) *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Springer, Wien
14. Kleiber D (1988) *Handlungsfehler und Misserfolge in der psychosozialen Praxis: Probleme im Umgang mit komplexen Systemen*. In: Kleiber D, Kuhr A (Hrsg.) *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie Tübingener Reihe Nr. 8, Tübingen, S 73-93
15. Kohn LT, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America (2000) *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press, Washington (D.C.)
16. Kottler JA, Blau DS (1991) *Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance*. Edition Humanistische Therapie, Köln
17. Kuhr A (1988) *Fehler und Misserfolge in der Psychotherapie*. In: Kleiber D, Kuhr A (Hrsg.) *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis*. Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie Tübingener Reihe Nr. 8, Tübingen, S8-17
18. Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (2000) *Ethische Fragen in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Familien*. *Zeitschrift fuer Individualpsychologie* 25(3):184-196

19. Lindenmeyer J (1999) Ethische Fragen in der Verhaltenstherapie. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg). Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S181-199
20. Lindsay G, Koene C, Ovreeide H, Lang F (2008) Ethics for European psychologists. Hogrefe Verlag, Göttingen
21. Kaufmann M, Ständer S, von Below G, Brunner HH, Portenier L, Scheidegger D (2002) Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 83:2554-2558
22. Margraf J (Hrsg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Springer, Berlin
23. Margraf J, Schneider S (Hrsg) (2009) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3., vollst. bearb. u. erw. Aufl., Springer, Berlin
24. Mayring P, Glaeser-Zikuda M (Hrsg) (2005) Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim
25. Medau I, Jox RJ, Dittmann V, Reiter-Theil S (in Druck/2012) Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie - Therapeuten berichten aus der Praxis. Psychiat Prax
26. Pateisky N (2004) Fehlerkultur und Teamtraining. Der Gynäkologe, 37:73-77
27. Reiter-Theil S (1988) Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Springer Verlag, Berlin
28. Reiter-Theil S (1996) Informed Consent in Psychiatry and Ethical Principles. A Comparative Analysis. In: Koch HG, Reiter-Theil S, Helmchen H (Hrsg) Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice. Nomos, Baden-Baden, S281-303
29. Reiter-Theil S, Medau I (2009) Ethische Fragen im Kontext der Verhaltenstherapie. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. Springer, Berlin, S249-259
30. Sapyta J, Riemer M, Bickman L (2005) Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. Journal of Clinical Psychology 61 (2):145-153
31. Schleu A, Hillebrand V, Gutmann T (2007) Deutschland. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Springer, Wien, S363-399
32. Schmidt-Lellek C, Heimannsberg B (1995) Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Edition Humanistische Psychologie, Köln
33. Sonneck G (2001) Ethische Fragen im Umgang mit Suizidgefährdeten. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie, Springer, Wien, S307-312
34. Sponsel R (1997) Potentielle Kunst-/Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitätsicherung mit einer Literaturübersicht. Report Psychologie 22(8), 602-604
35. Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects. J. Aronson, New York
36. Tress W, Langenbach M (1999) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
37. Vetter J (2007) Schweiz. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Springer, Wien, S403-410
38. Wolfslast G (1985) Psychotherapie in den Grenzen des Rechts. Medizin in Recht und Ethik, Band 15. Enke, Stuttgart

3.2 Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie – Therapeuten berichten aus der Praxis

A pilot study for handling errors in psychotherapy – therapists report from practical experience

Publiziert in: *Psychiatrische Praxis*, Oktober 2012, 39: 326-331.

Autoren: Irina Medau (1), Ralf J. Jox (2), Volker Dittmann (3), Stella Reiter-Theil (1)

Zusammenfassung

Anliegen: Erfassen der Sichtweise von Psychotherapeuten zum Umgang mit Behandlungsfehlern

Methode: 30 semistrukturierte Interviews mit approbierten Psychotherapeuten, ausgewertet anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Psychotherapeuten berichten einen offenen Umgang mit Therapiefehlern. Die Fehleroffenlegung resultiert mehrheitlich in positiven Erfahrungen. Kollegenfehler werden supervisorisch angesprochen und in gravierenden Fällen angezeigt.

Schlussfolgerungen: In der Therapiepraxis scheint eine konstruktive und transparente Fehlerkultur zu überwiegen.

Schlüsselwörter

Umgang mit Therapiefehlern, Interviewstudie mit Psychotherapeuten, Qualitative Inhaltsanalyse, Ethik, Patientensicherheit

Abstract

Objective: To assess the views of psychotherapists regarding management of treatment errors by reviewing and analyzing interviews with therapists.

Methods: A literature search was used to identify topics for the interview guide. Semi-structured interviews with 30 psychotherapists were conducted and analyzed according to qualitative content analysis, a framework approach.

Results: Psychotherapists report an open approach to handling treatment errors: the majority claim that they would discuss errors with their patients. Experiences with error disclosure

were on the whole rather positive. Errors of colleagues would be discussed in a supervisory way or, in more serious cases, be reported.

Conclusion: In psychotherapy, a constructive and open handling of errors seems to prevail. Therapists tend to be cautious when judging errors of colleagues.

Key Words

Handling error in psychotherapy, interview study with psychotherapists, ethics, patient safety

Konsequenzen für Klinik und Praxis

1. Berichtet werden gute Erfahrungen mit der Fehleroffenlegung, dazu gehört:
 - eine auf den Patienten zugeschnittene Offenlegung,
 - Reversibilität, Möglichkeit zur Wiedergutmachung oder sogar Nutzen von Fehlern.
2. Die psychotherapeutische Fehlerkultur bedarf weiterer Untersuchungen; erste Ansätze empfehlen einen fehlerfreundlichen Umgang, ähnlich wie in der Medizin:
 - Vorliegende Studienergebnisse stützen dies.
3. Im Umgang mit Kollegenfehlern wird differenziert:
 - Austausch und Hilfe,
 - bei gravierenden Fehlern Anzeige oder Ausschluss aus dem Therapeutenverband.

Einleitung

Seit der Veröffentlichung von *To Err is Human: Building a Safer Health System* durch das amerikanische Institute of Medicine [1], eine unabhängige Einrichtung der Politikberatung, erscheinen in der Medizin vermehrt Studien zum Thema Fehler [2,3]. In Deutschland geht man von ca. 12000 anerkannten medizinischen Behandlungsfehlern pro Jahr aus [4].

Eine patientenzentrierte Medizin erfordert Möglichkeiten, wie dem Patienten schlechte Botschaften sinnvoll vermittelt werden können; als zentrales Prinzip dabei gilt Offenheit [5]. Der Umgang mit Fehlern gegenüber dem Patienten ist daher ein besonders wichtiges Forschungsthema.

Eine explizite Forschung über Fehler in der psychotherapeutischen Behandlung steht noch am Beginn. Vereinzelt theoretische Reflexionen zum Thema Fehler gab es bereits in den 80er

Jahren [6,7] ; größere Aufmerksamkeit wurde dem Thema Schaden durch Psychotherapie gewidmet [8,9]. Insgesamt belegt die Literatur einen Mangel an empirisch gestützten Beiträgen [10].

Ebenso fehlt in der Psychotherapie eine einheitliche Definition des Fehlerbegriffs [10]. Emmelkamp arbeitet mit den Begriffen „Wahl der falschen Technik“ und „Verfahrensfehler“ [11]. Sponzel unterscheidet Therapiephase bzw. Ursachen [12]. Kottler und Blau beschreiben Anfängerfehler und technische Fehler [13] und Bienenstein und Rother kategorisieren Fehler nach dem prägnantesten Aspekt ihrer Falldarstellung (z.B. Lachanfall) [10]. In einer ersten Analyse unserer Studie haben wir die von den Psychotherapeuten (PT) beschriebenen Fehlerarten in technische (z.B. fehlerhafte Diagnostik oder falsches Timing), normative (z.B. Verstoß gegen die Schweigepflicht), Einschätzungs- und Systemfehler kategorisiert. Bei Letzteren handelt es sich um institutionelle/organisatorische Einflüsse und Arbeitsbedingungen, die Fehler auslösen und Einschätzungsfehler bezeichnen Fehleinschätzungen der Indikation oder der therapeutischen Beziehung (Artikel in Begutachtung).

Gerade in der Psychotherapie haben Patienten in den letzten Jahren eine zunehmend aktive Rolle bei der Therapieplanung und Evaluation erlangt [14] und häufig scheinen nicht die Fehler selbst für den Abbruch einer Therapie verantwortlich zu sein, sondern die Art, wie der Therapeut mit dem Fehler umgeht [10]. Diese Forschungsfrage steht im Zentrum der präsentierten Untersuchung: Wie gehen PT mit Behandlungsfehlern gegenüber Patienten und im Kollegenkreis um?

Methoden

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Entsprechend der explorativen Fragestellung wurde das qualitative Design einer Interviewstudie gewählt. Auf der Basis eigener psychotherapeutischer Berufserfahrung (v.a. der Erstautorin) und einer Literaturrecherche (PubMed und PsychInfo) wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden mit Fragen zur Fehlerdefinition, zu Erfahrungen sowie zum Umgang mit Fehlern entwickelt. Dieser wurde von Experten für qualitative Sozialforschung, Medizinethik, Psychotherapie und Rechtsmedizin beurteilt und anschließend in einer Vorstudie erprobt. Um die Antwortschwelle niedrig zu halten, wurden die Fragen im Konjunktiv formuliert. Falls die PT vorher von eigenen Fehlern berichteten, wurde darauf

Bezug genommen. Im Folgenden werden ausschließlich die Fragen zum Umgang mit Fehlern dargestellt, der exakte Wortlaut findet sich im Ergebnisteil.

Zur Datenerhebung wurden Psychotherapeuten anhand einer Supervisorenliste aus dem Großraum Berlin um ein Interview gebeten. Durch Vermittlung weiterer Kontakte konnten zusätzliche Interviewpartner gefunden werden (Snowballing). Fünf der insgesamt 35 angefragten PT lehnten aus Zeitgründen die Studienteilnahme ab. Zur Typisierung wurden die gängigsten Therapierichtungen (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie) einbezogen, ärztliche, psychologische und (zwei) andere PT aus dem ambulanten sowie stationären Bereich. Die Geschlechterverteilung (Frauen – Männer ca. 2:1) sowie die Verteilung ärztlicher gegenüber psychologischen PT (ca. 1:3) entspricht etwa der allgemeinen Verteilung von PT⁹.

Zur Fokussierung auf das Thema wurde folgende Fehlerdefinition aus dem Managementhandbuch für PT vorgegeben:

„Fehler sind eine unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie oder eine falsche Indikationsstellung, wobei gegen anerkannte Richtlinien bzw. aktuelle Standards verstoßen wird oder Grundregeln des therapeutischen Verhaltens dem Patienten gegenüber missachtet werden“ [15].

Die Interviews fanden in den Arbeitsräumen der PT statt, wurden alle von der gleichen Doktorandin (in Forschungsmethodik geschulte PT) durchgeführt und dauerten ca. eine Stunde. Sie wurden akustisch aufgenommen, wörtlich transkribiert sowie anonymisiert. Die Anonymisierung garantierte Sanktionsfreiheit. Die Anzahl der Studienteilnehmer wurde nach dem in der qualitativen Forschung üblichen Kriterium der inhaltlichen Sättigung bestimmt, d.h. die Rekrutierung wurde beendet, sobald zusätzliche Interviews keinen Informationsgewinn mehr lieferten.

Die Transkripte wurden mit Hilfe der Software MAXqda 2001 (VERBI GmbH) nach der Qualitativen Inhaltsanalyse gemäß Mayring ausgewertet [16]. Die Textinterpretation erfolgte anhand eines Kategorienschemas, das direkt aus dem Material abgeleitet wurde (induktive Analyse). Die Induktion wurde gewählt, um Offenheit für neue Aspekte zu gewährleisten. Für die weitere Analyse wurden auf der Basis theoretischer Vorannahmen deduktiv als auch induktiv Hauptkategorien gebildet. Die Gütekriterien Interkoderreliabilität, Verfahrensdokumentation und argumentative Interpretationsabsicherung wurden realisiert. Zur Überprüfung des Kategoriensystems – und somit zur Erhöhung der Reliabilität –

⁹ Psychotherapeuten und Therapieverfahren und Geschlechterverteilung 2003 Quelle Bundesärztekammer KBV 2004 <http://www.psychogen.de/data/pool/2052813798.pdf>

erfolgten Diskussionen in einem interdisziplinären Forschungskolloquium. Neben einer ausführlichen Verfahrensdokumentation (Validitätserhöhung) führte ein unabhängiger Kodierer (Dipl.- Psych.) einen zweiten Kodierdurchgang an 40% des Materials durch, wobei sich ein Gesamt-Interraterreliabilitätskoeffizient von 0,89 ergab.

Ergebnisse

Von den 30 teilnehmenden PT waren 21 Psychologen, 7 Psychiater und 2 Sozialpädagogen mit Psychotherapeutenausbildung; 18 von ihnen waren als Supervisoren tätig. Weitere Details gibt Tabelle 1.

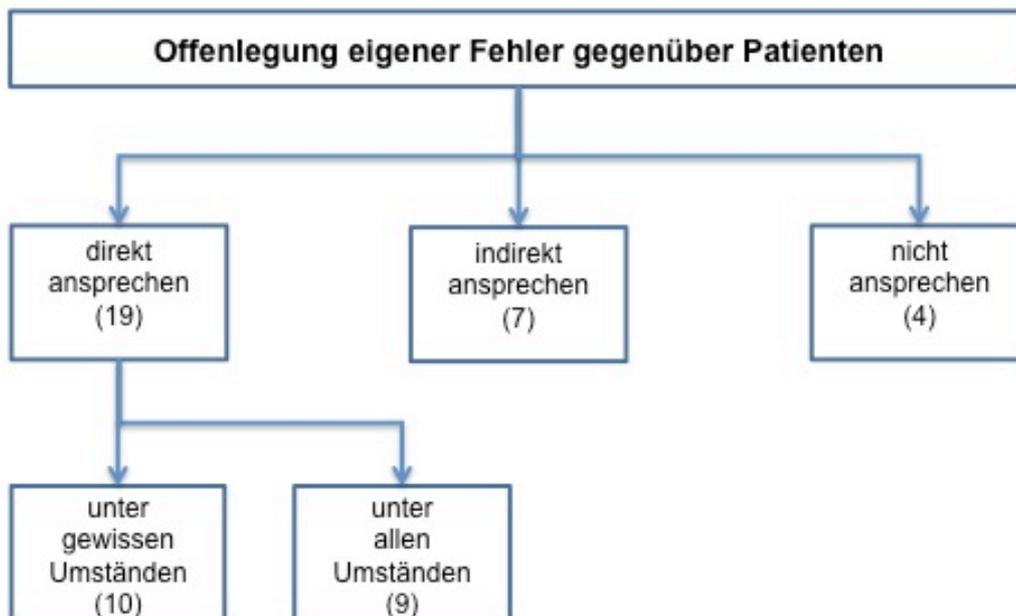
Tabelle 1: Demographische Informationen zu Interviewpartnern (n=30)

Eigenschaft	Ausprägungen	Daten
Geschlecht (n)	Männlich	9
	Weiblich	21
Alter in Jahren	Spanne	28 – 70
	Mittelwert/ Median	45/ 46
	Standardabweichung	11
Tätigkeitsbereich	Ambulant	20
	Stationär	10
Praktische Erfahrung in Jahren	Spanne	3 – 40
	Mittelwert/ Median	18
	Standardabweichung	12

Die erste Frage war, wie PT damit umgehen, wenn sie einen selbst begangenen Fehler bemerken. Interviewfrage: **Stellen Sie sich vor, Sie würden einmal erkennen, dass Sie einen Fehler gemacht haben. Wie würden Sie sich da verhalten?** (S. Abb. 1)

Abbildung 1: Offenlegung eigener Fehler

Abbildung 1: Offenlegung eigener Fehler



Legende: () Zahl der PT, die diese Kategorie benannten.

Die Antworten griffen das Thema der Offenlegung in Form von Ansprechen auf.

Zwei Beispiele:

Ich würde das (d.h. die Offenlegung) machen, es gibt keine gesetzliche Pflicht dazu, niemand muss sich selbst beschuldigen, aber der Patient muss auf negative Veränderungen und Entwicklungen hingewiesen werden (...) alles, was für den Patienten gravierende Folgen hat, sollte ihm mitgeteilt werden. (T27)¹⁰

Ich glaube, es würde mir schwer fallen so was - also weniger vor mir - einzugestehen, aber dem armen Patienten das zuzumuten, dass ich mich auf dem Holzweg befunden habe. Aber ich finde es einfach wichtig - und auch fair, dass die das wissen (...). (T8)

Die Fehler wurden mit einer Entschuldigung bzw. dem Aufzeigen einer neuen Perspektive thematisierten:

Das finde ich ganz wichtig, und so verhalten ich mich auch, wenn ich das in der Stunde merke, dass ich das sozusagen offen lege (...). Und wenn das erst später (...), dann beginne ich die nächste Stunde damit, dass von meiner Seite her was Wichtiges zu sagen ist (...). Und das auch in meine Verantwortung nehme und mich entschuldige. (T19)

Andere zogen es vor, Fehler indirekt zu artikulieren, diese verklausuliert anzudeuten, das Wort „Fehler“ oder „falsch“ jedoch nicht zu verwenden:

Ich würde es erstmal nicht als falsch deklarieren, sondern als schwierige Situation (T4)

Also wenn man da offen sagt „also wissen Sie was, da hab ich jetzt ganz viel Unsinn gebaut“ - das geht gar nicht - dann würden sie einfach ganz stark verunsichert werden. (...) vielleicht zu sagen: „OK, hier würde ich gerne die Therapieziele noch mal anschauen, hier hab' ich was übersehen.“ Aber sich nicht völlig inkompetent darstellen - das hätte langfristig eher negative Folgen, weil die Compliance nicht mehr da ist, und der Patient sich fragt: „was für Fehler kommen da noch auf mich zu“. (T17)

¹⁰ Identifikationsnummer des Interviews

Wenn PT berichteten, dass sie Fehler eher nicht im Patientenkontakt ansprechen, so wurde eine Bearbeitung auf anderer Ebene, in der Supervision oder im Team beschrieben:

Ich würde die Sache mit meinem Supervisor klären (...) Wie ist damit umzugehen, was bedeutet das für den Patienten, was bedeutete das für mich, was muss ich verändern, dass es in die gewünschte Richtung geht. (T23).

Allerdings wurde auch berichtet, dass nicht jede Super-/Intervisionsgruppe offen sei für das Ansprechen von Fehlern; manchmal fehle die Zeit dafür und es bestünde auch keine allgemeine Super-/Intervisions-Verpflichtung.

Auf Nachfrage berichtete die Mehrzahl der PT, die Fehler direkt ansprechen würden, es müssten dazu bestimmte Voraussetzungen vorliegen. So sei z.B. das Verständnis des Patienten nötig. Auch wurde konstatiert, dass der Fehler erst nach einer genauen Abwägung einer geeigneten Art und Weise offen gelegt werde:

Ich hab (mit der Offenlegung) eher positive Erfahrung, (...) den Patienten, solange es konstruktiv ist, das meine ich auch mit dem Abwägungsprozess, ihn daran teilhaben zu lassen. (...) weil das eher Vertrauen- wie vertrauensbildende Maßnahmen (...). Es wäre destruktiv, wenn es der Patient selber gar nicht nachvollziehen kann. Wenn bei ihm kognitive Grenzen oder Erfahrungsgrenzen erreicht sind, wenn er gar nicht stabil genug ist. Das zu integrieren, die Information, die ich ihm dort dann überantworte (...) ein Abwägungsprozess, den ich ganz personenbezogen, sowohl auf mein Gegenüber (...), auch auf mich, prozessbezogen und störungsbezogen durchführen muss. (T23)

Auch die Fehlerart beeinflusst offenbar, wie bereitwillig ein Fehler offen gelegt wird. So sei es z.B. bei technischen Fehlern in der Diagnostik üblich, diesen direkt anzusprechen:

Einfacher Fall, irgendeine Auswertung von einer Testdiagnostik ist verkehrt und ich merk das erst, wenn ich schon in einem Auswertungsgespräch das falsche Ergebnis mitgeteilt hab. Das ist was alltägliches, passiert immer wieder mal, da gibt's keinen anderen Weg als zu sagen, das muss korrigiert werden. (T11)

Fehlt diese Klarheit, werde der Fehler eher nicht direkt angesprochen:

Anderer Fall, ich führe ein Gespräch, mach da eine bestimmte Intervention und hab hinterher das Gefühl, die Intervention war nicht gut, die ich gemacht hab, die ist irgendwie misslungen. Dann ist es jetzt nicht so, dass ich das mit dem Patienten besprechen könnte (...) im Zweifelsfall eher so, dass man sich in der Supervision oder Intersession noch mal rückversichert. (T11)

Eine ähnliche Einstufung erfolgt bei Beziehungsfehlern:

Wenn man das Gefühl hat, auf der Beziehungsebene läuft etwas nicht gut, würde ich das auf jeden Fall mit dem Patienten zum Thema machen (...) Wenn ich mir nicht ganz genau im klaren darüber bin, was es jetzt genau ist, dann hat man so ein Stück Selbstreflexionsmöglichkeiten, mit Einverständnis des Patienten eine Videositzung zu machen (...) oder mit Kollegen auszutauschen. (T7)

Auch die psychotherapeutische Schule scheint einen Einfluss darauf zu haben, ob und wann Fehler offen gelegt werden:

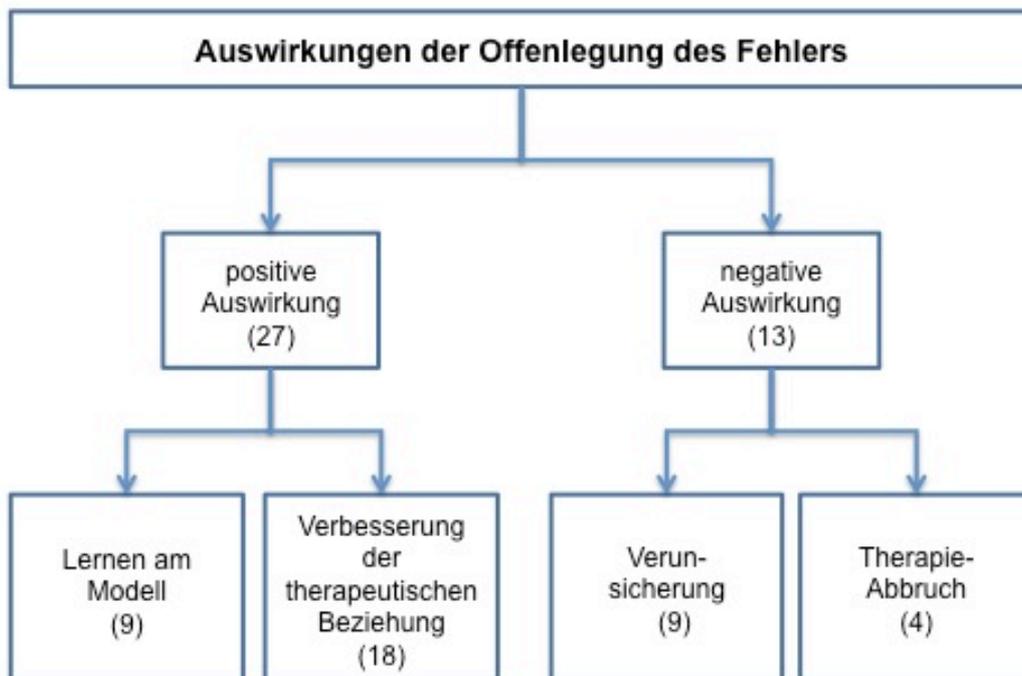
Ich hab mich neulich einer Patientin gegenüber inadäquat verhalten, die hat mich auf die Palme gebracht, und ich habs gezeigt (...). In dem Beispiel hab ich das angesprochen, aber es gibt auch Fälle, da kann ich das erstmal nicht machen - da können wir ein Jahr später darauf zurückkommen. Das ist ein riesiger Unterschied zu den VTlern - ich sehe, da passiert was und behalte es im Hinterkopf und irgendwann wird das bearbeitbar werden. (T3)

Eine weitere Frage fokussiert die Patientenperspektive.

Frage: Was glauben Sie, würde es bewirken, wenn Sie einem Patienten mitteilten, dass Sie einen Fehler in der Therapie gemacht haben? (s. Abb. 2)

Abbildung 2: Auswirkungen der Offenlegung des Fehlers

Abbildung 2: Auswirkungen der Offenlegung des Fehlers



() Zahl der PT, die diese Kategorie benannten. Die Nennung von pos. und neg. Auswirkungen gleichzeitig war möglich.

Fast alle der PT berichteten, sie hätten anstelle der erwarteten negativen hauptsächlich positive Auswirkungen erfahren; die Mehrzahl gab an, dass sich die Offenlegung positiv auf die Beziehung zum Patienten ausgewirkt habe:

Ein Fehler (...) kann dazu führen, wenn der gelöst ist, beigelegt ist, dass eine tiefere Verbindung da ist, dass die therapeutische Beziehung sich verbessert hat. (T14)

Meine Erfahrung damit ist eher sehr vertrauensbildend, also ich hab's entgegen früheren Ängsten eben nicht als Vertrauenseinbruch erlebt, sondern das kann ein Patient in der Regel auch gut nachvollziehen. (T4)

Einige PT berichteten, ihr Vorgehen habe eine Modellwirkung für den Patienten gehabt.

Um zu vermitteln, ich mach halt auch mal was falsch, und wie man als Modell mit Fehler umgehen kann. (T18)

Andere PT berichteten auch von negativen Auswirkungen bzw. waren ambivalent: So könne die Offenlegung von Fehlern den Patienten verunsichern, die Vertrauensbeziehung schädigen und sogar dazu führen, dass Therapie nicht fortgesetzt werden kann. Charakteristische Bedenken lauten wie folgt:

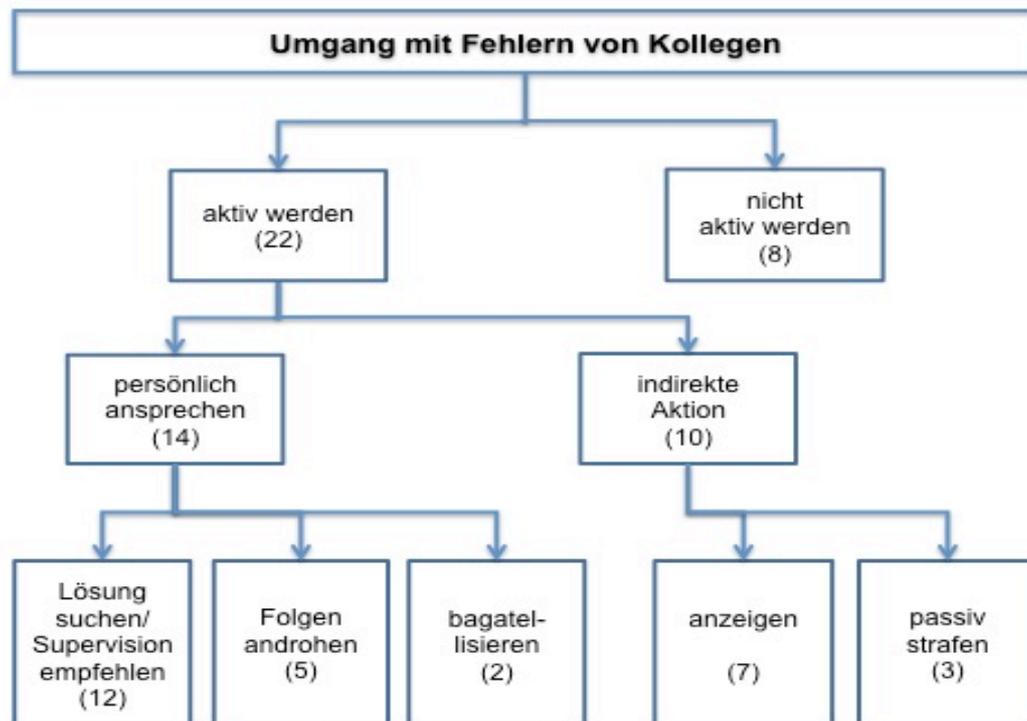
Erstmal ist natürlich das Vertrauen ein bisschen erschüttert, weil die Leute natürlich denken „Oh Gott, was ist das jetzt“ - denn das hätte ja nicht passieren sollen. (T5)

Wo ich Therapieabbrüche gehabt habe, war ausschließlich, wo ich die Manipulation von Patienten (...) nicht rechtzeitig gespürt habe (...), und wenn ich das thematisiert habe, dann war die Beziehung sehr belastet. (T 19)

Frage: Wie gehen Sie damit um, wenn Sie von einem Fehler eines Kollegen erfahren? (s. Abb. 3)

Abbildung 3: Umgang mit Fehlern von Kollegen

Abbildung 3: Umgang mit Fehlern von Kollegen



Legende: () Zahl der PT, die diese Kategorie benannten.

Zur Frage, wie sie mit den Fehlern von Kollegen umgehen, gaben die meisten PT an, aktiv zu werden, vor allem durch direktes Ansprechen des Kollegen. Aber auch „indirekte“ Aktionen, wie Kollegen bei der Therapeutenkammer anzeigen oder „passiv“ zu strafen, d.h. keine Patienten mehr hinschicken, wurden berichtet. Dies erfolge nach einem persönlichen Gespräch bzw. wenn eine Fehlerkorrektur ausbleibe. Andere berichteten von „konstruktiven“ Maßnahmen wie Kollegen zu trösten, gemeinsam nach einer Lösung zu suchen oder diese zur Supervision zu ermuntern, etwa so:

Das hängt auch ganz stark von der Art des Fehlers ab. Wenn es jetzt irgendwas ist, was keine weite Konsequenz hat, würde ich mir überlegen, ob ich mit dem Kollegen spreche oder drauf baue, dass er es selber raus findet. Wenn's Dinge sind, die richtig Käse gelaufen sind, würde ich hingehen und das besprechen, und wenn's ganz kapitale Dinge wäre, würde ich sowieso gleich mit dem Vorgesetzten sprechen. (T2)

Beim Kollegen selbst würde ich versuchen, supervisorisch nachzufragen: „wie geht's dir damit und was gedenkst du zu tun?“. (T11)

Manche PT gaben an, selbst nicht aktiv zu werden, d.h. sich nicht einmischen bzw. nicht urteilen zu wollen. Begründet wurde dies z.B. mit der Unklarheit, ob wirklich ein Fehler vorliege, oder mit Hierarchien bzw. mit fehlender Beziehung zum betreffenden Kollegen. Beispiele:

Wenn ich von jemandem höre, den ich vielleicht nicht kenne, mir das von Dritten zugetragen wird - dann würde ich nichts machen. Obwohl ich natürlich grad denke - man lässt den Patienten grad ins Messer laufen. Aber ich denke, ich würde nichts machen. (T5)

Ja, ich würde es vorsichtig ansprechen, also vorsichtig dran gehen bei Kollegen (...) Wenn das jetzt ein Chef ist (...) - da hab ich das dann nicht angesprochen. (T28)

Die Teilnehmer beurteilten Fehler von weniger erfahrenen Kollegen nachsichtiger, insbesondere dann, wenn diese noch in der Ausbildung waren. Fehler wurden hier eher als „normal“ angesehen, allerdings wird eine Korrektur erwartet.

Wenn ich jetzt Berufsanfänger betrachte, dann haben die öfter Probleme), dass eine falsche Intervention zum falschen Zeitpunkt erfolgt z.B.. Das heißt nicht automatisch, dass es nicht korrigierbar wäre, also das ist normal für Anfänger. (T28).

Diskussion

Die aus methodischen Gründen im Konjunktiv formulierten Fragen („Was würden Sie tun?“) beantworteten die PT häufig mit real erlebten Beschreibungen ihres Vorgehens. Dies könnte als Hinweis darauf verstanden werden, dass alle PT im Interview von ihren eigenen Fehlern berichteten. Die PT stellen zusätzlich hypothetische Überlegungen an, die sie auch im

Konjunktiv formulierten. Dies spiegelt ihre offene und therapeutisch-reflektierende Haltung im Interview wider, die die Interviewerin empfand.

Offenlegung von Fehlern in der Patientenkommunikation

Die meisten PT gaben an, dem Patienten Fehler in irgendeiner Weise mitzuteilen; vergleichbar zur Literatur [17] beschreiben sie insgesamt eher positive Erfahrungen mit dem Eingeständnis von Fehlern. Fehler offen anzusprechen, zumindest unter geeigneten Umständen, halten die PT für das ideale Vorgehen. Im Unterschied zur somatischen Medizin [18] kamen hier weniger rechtliche Bedenken und Ängste zur Sprache [3]; Entscheidend ist laut den PT die Art und Weise, wie der Fehler offen gelegt wird. Der häufige Hinweis auf eine vorgeschaltete Selbstreflexion bzw. Bearbeitung in der Super- oder Intervision dürfte kennzeichnend für die Berufsgruppe der PT sein. Diese dem Patienten meist bekannten und in der Psychotherapie gut akzeptierten „Kontrollmechanismen“ könnten dabei als Brücke genutzt werden, um über Fehler zu sprechen. Die dabei erwarteten schulenspezifischen Unterschiede sind vorhanden, jedoch nur, falls diese methodisch begründbar sind (z.B. Gegenübertragungsdynamik).

Obwohl nicht immer eine Fortsetzung der therapeutischen Beziehung möglich war, hatte bis jetzt keiner der befragten PT berufsrechtliche Konsequenzen erlebt. Einzelne berichteten von einer Verunsicherung des Patienten, worüber es auch Berichte in der Literatur gibt [19]; eine daraus entstehende Schädigung des Patienten wird oft als Argument gegen eine Fehleroffenlegung angeführt. Empirisch ist eine solche Schädigung des Patienten jedoch auch in der Medizin nicht belegt und auch die befragten PT betonten mehrheitlich die positiven Auswirkungen. Als zentrale Komponenten effektiver Fehleraufklärung, wie in der Medizin diskutiert [20], berichteten auch die befragten PT neben einer ehrlichen Offenlegung die Entschuldigung und die transparente Organisation der Weiterbehandlung [10].

Berufsgruppenspezifische Eigenschaften, eine enge therapeutische Beziehung, eine gute Ausbildung in Kommunikation, Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten, können eine Fehlererkennung und Offenlegung erleichtern. Allerdings stellt sich die Frage, inwiefern PT spezifisch und gut genug dafür ausgebildet sind, da dies derzeit in der Weiter- und Fortbildung keine oder kaum eine Rolle spielt. Auch Leitlinien oder Standards zur Fehleroffenlegung existieren bisher nicht - ein Problem, das auch in der Medizin bekannt ist [21]. Ein konstruktives rechtliches Umfeld (vgl. „I’m sorry laws“, USA) könnten ebenfalls beitragen.

Weiterhin könne man die Offenheit in einer Super- oder Intervention für einen Austausch über Fehler laut den PT nicht immer voraussetzen. Neben Zeitmangel gibt es auch keine Verpflichtung zur Reflexion bzw. allgemeinen Evaluation des Therapieergebnisses oder Super-/ Intervention.

Insgesamt scheint ein fehlerfreundlicher Ansatz, wie ihn mehrere Autoren [10] empfehlen, bei den befragten PT vertreten zu sein, zumindest in Anbetracht der Betonung der positiven Konsequenzen einer Fehleroffenlegung.

Auch könnte in der Psychotherapie ein „gesunder“ Umgang mit Fehlern geradezu als Teil der Therapieziele angesehen werden (in Abgrenzung zu Störungsbildern, welche durch einen tabuisierenden Umgang damit gekennzeichnet sind, z.B. Persönlichkeitsstörungen). Bei der Handhabung des Fehlers kann der PT als Rollenmodell dienen und zusätzlich der idealisierten Vorstellung des unfehlbaren PT entgegenwirken, was in der Literatur berichtet wurde [13].

Anzumerken ist, dass in den Interviews eher „kleine alltägliche“ Fehler als Beispiele angeführt wurden, z.B. bezüglich Therapietechniken. Diese wurden häufig als reversibel angesehen, während „wirkliche“ Behandlungsfehler erst als Folge unterlassener Korrekturen dieser alltäglichen Fehler gewertet wurden. Dabei dürfen Fehler mit unkorrigierbaren Auswirkungen nicht außer Acht gelassen werden, deren Nutzen fraglich ist oder in keinem Verhältnis zum Schaden steht.

Insgesamt entspricht das geschilderte Vorgehen einer individuellen Abwägung vor der Entscheidung zur Fehlermitteilung allgemeiner ethischer Empfehlung [1].

Umgang mit Kollegenfehlern

Beim Umgang mit den Fehlern von Kollegen neigen PT dazu, Kollegen direkt anzusprechen, sowohl um supervisorisch Hilfe anzubieten als auch um mögliche Folgen anzukündigen. Die PT differenzierten ihr Vorgehen danach, bei wem sie einen Fehler beobachten: Während Fehler bei gleichrangigen, bekannten Kollegen thematisiert werden, würden sie bei Vorgesetzten oder entfernten Kollegen nur in Ausnahmefällen aktiv einschreiten, am ehesten, wenn es sich um deutliche Normverletzungen handelt. Bei Berufsanfängern/Ausbildungskandidaten werden Fehler eher als normal angesehen. Die Kommunikation über Fehler hängt demnach vom Umfeld ab: Konkurrenz, Fremdheit und Hierarchien wirken offenbar hemmend. Ähnliche Ergebnisse wurden auch in der Medizin und

in technischen Gebieten gefunden [22]. Aus der Fehlerforschung ist bekannt, dass eine offene Fehlerkommunikation vom System kommuniziert und verstärkt werden muss [23]. Eine Anzeige, z.B. beim Berufsverband, scheint nur in gravierenden Fällen und erst nach einem direkten Gespräch mit dem Kollegen in Betracht gezogen zu werden. Auch diese Praxis ist aus der Medizin schon beschrieben [24]. Viele PT scheinen vor der Beurteilung, ob der Fehler wirklich ein Fehler ist, zurückzuschrecken und möchten sich lieber nicht einmischen. Die zugrunde liegende Unsicherheit kann sowohl auf die schwierige Definition, die fehlende professionelle Vorbereitung (Fortbildung), als auch häufig unvollständige Informationen zum Fehler zurückgeführt werden. Alternativ wurde von indirekten Vorgehensweisen bzw. sozialen Kontrollmechanismen berichtet wie z.B. der Ausschluss aus dem Therapeutenkreis, indem keine Patienten mehr überwiesen werden, die durchaus vorzukommen scheinen.

Insgesamt scheint ein eher fehlerfreundlicher Umgang untereinander vorzuherrschen, wobei zum Wohl des Patienten manchmal ein beherzteres Eingreifen nötig sein könnte als es den PT vorschwebt. Dem dürften noch zu viele Unsicherheiten der PT in der normativ-ethischen Einschätzung entgegenstehen. Anonyme Meldesysteme wie die Critical Incident Reporting Systems (System zur Erfassung von Zwischenfällen und Meldung von Beinahe-Fehlern) könnten da Abhilfe schaffen. Gerade die Erfassung von Beinahe-Fehlern oder Fehlern, die nicht zu einem Schaden geführt haben, hat in der Medizin (und besonders in der Luftfahrt) bereits gute Ergebnisse gebracht [1].

Grundsätzlich weist die Psychotherapie eine starke Orientierung an der Autonomie des Patienten und an deren Unterstützung auf ; dies betrifft auch die aus dem Respekt vor der Autonomie abgeleiteten Regeln wie Aufklärung, Informed Consent oder Vertraulichkeit [14]. Die befragten PT scheinen jedoch dieses Prinzip nicht als zentral für die vorgelegten Fragen angesehen zu haben, sonst hätten sie in viel höherem Umfang die Ansprüche der Patienten auf eine wahrhaftige Kommunikation und die Entscheidungsmöglichkeit über die weitere Therapie, auch im Lichte des Fehlers, thematisiert. Das dem Respekt gleichrangige ethische Prinzip der Pflicht, Schaden zu vermeiden (Nonmaleficence) [25], hat in der somatischen Medizin einen traditionell hohen Bewusstseinsgrad; in den Berichten der befragten PT blieb dies häufig stärker implizit oder im Hintergrund. Umso bemerkenswerter ist es, dass die befragten PT – häufig ohne zusätzliches professionelles Training zum Umgang mit Fehlern und manchmal sogar in weitgehender Abwesenheit von soliden Wissensgrundlagen der Ethik – diese Überlegungen im Interview gleichsam induktiv für sich entwickeln konnten. Man darf daraus die Hoffnung ableiten, dass die Fehlerkultur in der Psychotherapie eine gute Prognose hat, sofern das Thema systematisch in Angriff genommen wird.

Einschränkungen und Schlussfolgerungen

Grundlegende Einschränkungen der vorliegenden Studie sind neben der regional begrenzten Stichprobe die Beschränkung auf die Psychotherapeutensicht sowie auf Selbstauskünfte. Neben sozial erwünschten Antworttendenzen könnte auch ein Teilnahme-Bias wirksam sein, weil ggf. eher dem Thema gegenüber aufgeschlossene PT teilnahmen. Weiterhin einschränkend könnte eine mangelhafte Wahrnehmung von Fehlern und deren Auswirkungen sein. Hier fehlen standardisierte Patientenbefragungen und es besteht ein Forschungsbedarf nach Patienteninterviews und –Umfragen.

Therapiestudien zeigen, dass gerade bei schwierigen Therapien oder schlechten Behandlungsverläufen (was eventuell auch auf Behandlungsfehler zutrifft) die Bewertung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten signifikant mit dem Behandlungsausgang korreliert [26] und ein rechtzeitiger Hinweis des PT auf den schlechten Behandlungsverlauf doch noch in eine erfolgreiche Therapie münden kann. Von den befragten PT wurde eine Tendenz zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung durch einen offenen Umgang mit Fehlern beschrieben, was wiederum einen (doch noch) positiven Behandlungsausgang nach einer Fehleroffenlegung erklären könnte.

Unsere Darstellung des Umgangs mit Therapiefehlern erfolgte im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie. Hierbei gilt auch eine geringe Anzahl von Studienteilnehmern als aussagekräftig. Eine breiter angelegte Überprüfung dieses Umgangs im Rahmen einer repräsentativen Studie und eine Patientenbefragung wäre ein Ziel zukünftiger Forschungen. Speziell der Vergleich von Fehlern, die in der Therapie erfolgreich gehandhabt wurden, und solchen, die zum Therapieabbruch geführt haben. Ebenso könnte die Erstellung von Leitlinien zum Umgang mit Fehlern der bestehenden Unsicherheit entgegen wirken. Zusätzlich könnten in der Therapieausbildung Strategien und Konzepte zur Fehleroffenlegung im Rollenspiel eingeübt werden.

Aus ethischer Sicht ist ein offener Umgang mit Fehlern zu begrüßen, da er am ehesten der Autonomie des Patienten Rechnung trägt und die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Weiterbehandlung zum Wohl des Patienten bietet. Der Versuch, eine geeignete Art und Weise zur Übermittlung dieser „schlechten Botschaft“ zu finden, sind Wege zum respektvollen Umgang mit Patienten. Auch im Sinne der Patienten- bzw. Behandlungszufriedenheit und Qualitätssicherung sind diese positiv zu bewerten.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben

Referenzen:

1. Kohn LT, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington (D.C.): National Academy Press; 2000
2. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors - A review of the literature. Arch Intern Med 2004; 164: 1690-1697
3. Dittmann V, Hausmann R. Der Behandlungsfehlervorwurf - juristisches Prozedere und mögliche Konsequenzen. Therap Umschau 2008; 65: 389-393
4. Hansis ML, Hart D, Becker K et al. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Institut. RK Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.; 2001
5. Engelhardt K. Patienten-zentrierte Medizin und Ethik. Dtsch Med Wochenschr; 2003:1969
6. Foa EB, Emmelkamp PM. Failures in behaviour therapy. New York: Wiley; 1983
7. Kleiber D, Kuhr A. Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beitrage zur psychosozialen Praxis. Tuebingen: Tuebinger Reihe Nr. 8; 1988
8. Märtens M, Petzold HG. Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald; 2002
9. Pfäfflin F, Kächele H. Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Werkstattsschriften 2001; 8: 69-91
10. Bienenstein S, Rother M. Fehler in der Psychotherapie Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Wien: Springer-Verlag Vienna; 2009
11. Emmelkamp PM. Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In Kleiber, D, Kuhr, A, Hrsg. Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie Beitrage zur psychosozialen Praxis Tuebingen: Tuebinger Reihe Nr 8; 1988
12. Sponsel R. Potentielle Kunst-/Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitaetsicherung mit einer Literaturuebersicht. Report Psychologie 1997; 22(8): 602-604
13. Kottler JA, Blau DS. Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance. Köln: Edition Humanistische Therapie; 1991
14. Reiter-Theil S, Medau I. Ethische Fragen im Kontext der Verhaltenstherapie. In: Margraf J, Schneider S, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. Berlin: Springer; 2009
15. Behnsen E, Bell K, Best D et al. Management-Handbuch fuer die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Decker; 2000
16. Mayring P, Glaeser-Zikuda M. Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz; 2005
17. Mazor K, Yood R, Fischer M et al. Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? J Gen Intern Med 2006; 21: 704-710
18. White AA, Gallagher TH, Krauss MJ et al. The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. In Acad Med. United States; 2008; 250-256
19. Märtens M. Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. PID; 2005:145-149
20. Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop Relat Res 2009; 467: 376-382
21. Dietz I, Schneider G, Jox RJ et al. Medical error and patient safety in palliative care. J Palliat Med 2010; 13: 1469-1474
22. Reason J. Human Error. USA: Cambridge University Press; 1990
23. Moskop JC, Geiderman JM, Hobgood CD et al. Emergency physicians and disclosure of medical errors. Ann Emerg Med 2006; 48: 523-531
24. Bosk CL. Forgive and remember: managing medical failure. Chicago: The University of Chicago Press; 1981
25. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 2005
26. Harmon C, Hawkins EJ, Lambert MJ et al. Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. Inc J Clin Psychol 2005; 61: 175-185

3.3 How psychotherapists handle treatment errors – an ethical analysis

Irina Medau, Ralf J. Jox, Stella Reiter-Theil

Publiziert in: BMC Medical Ethics, 2013, 14:50 <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/50>

Abstract

Background

Dealing with errors in psychotherapy is challenging, both ethically and practically. There is almost no empirical research on this topic. We aimed (1) to explore psychotherapists' self-reported ways of dealing with an error made by themselves or by colleagues, and (2) to reconstruct their reasoning according to the two principle-based ethical approaches that are dominant in the ethics discourse of psychotherapy, Beauchamp & Childress (B&C) and Lindsay et al. (L).

Methods

We conducted 30 semi-structured interviews with 30 psychotherapists (physicians and non-physicians) and analysed the transcripts using qualitative content analysis. Answers were deductively categorized according to the two principle-based ethical approaches.

Results

Most psychotherapists reported that they preferred to disclose an error to the patient. They justified this by spontaneous intuitions and common values in psychotherapy, rarely using explicit ethical reasoning. The answers were attributed to the following categories with descending frequency: 1. Respect for patient autonomy (B&C; L), 2. Non-maleficence (B&C) and Responsibility (L), 3. Integrity (L), 4. Competence (L) and Beneficence (B&C).

Conclusions

Psychotherapists need specific ethical and communication training to complement and articulate their moral intuitions as a support when disclosing their errors to the patients. Principle-based ethical

approaches seem to be useful for clarifying the reasons for disclosure. Further research should help to identify the most effective and acceptable ways of error disclosure in psychotherapy.

Background

In 1979, the American sociologist Charles Bosk conducted the first empirical research on medical errors and published a seminal book about his insights into forms of error and their management in surgery [1]. However, it was not until the year 2000 when the Institute of Medicine's report „To Err is Human: Building a Safer Health System“ spurred the modern patient safety movement [2]. While errors in medicine have since been intensively studied and discussed, errors in psychotherapy have rarely been addressed [3]. One possible reason for this is that the very concept of error in psychotherapy is vaguely defined. One element of an error is the breach of a widely accepted standard of care. These standards, however, are barely established in psychotherapy, which may be due to the lack of evidence-based guidelines, the methodological difficulty of comparative research and the diversity of psychotherapeutic schools.

Based on our own interview study with psychotherapists (PTs) we categorized psychotherapeutic errors into technical, judgemental, normative and system errors – similar to how Charles Bosk categorized medical errors [1, 4]. In psychotherapy, technical errors may concern the diagnostic work-up or the procedure of a specific behavioural therapy. Judgemental errors refer to the choice of a wrong therapeutic method or the misjudgement of the client-therapist relationship. A normative error occurs, e.g. when confidentiality is breached. System errors describe organisational failures (e.g. lack of time or failure to initiate a follow-up therapy). This framework represents the first part of our project and was used as a background for the following study.

An ethically salient question is whether errors should be disclosed to the patient. The shift to a more patient-centred approach has refocused attention on patient autonomy. Patients are generally taking a more and more active role in treatment planning, decision making and evaluation [5]. In medical ethics, the patient's “right to truth“ has been firmly established and grounded mainly in the respect for patient autonomy, the harm of dishonesty, the necessity of informed consent for follow-up care and the importance of trust for any health care delivery [6]. Yet, the obligation to tell the truth may collide

with the duty to minimize harm if truth telling itself will almost certainly lead to severe damage and undermine the treatment effect. This may particularly be the case in mentally ill patients [7]. For these specific situations a “therapeutic privilege” to hide the truth has been discussed [8]. This position however is now largely discredited as a form of unjustified paternalism. Even if medical information about diagnosis or prognosis may be delayed in exceptional circumstances, the therapeutic privilege does not apply to the error disclosure because the patient’s right to truth is held to be even stronger if he has been harmed by the professional [9, 10].

The same arguments for error disclosure apply to psychotherapy, yet PTs may fear a disruption of the therapeutic relationship, a breakdown of the therapy or even serious harm to the patient like suicide. The ethical analysis and conclusion about the question whether to disclose errors in psychotherapy or not critically depends on the underlying ethical theory. In deontological theories, especially in Kantian ethics, the duty of truthfulness is very powerful, and lying will violate Kant’s Categorical Imperative [11]. Consequentialism, however, evaluates actions only according to their likely consequences, classically whether they maximize happiness in the world. In this view, lies and deception may be ethically legitimate, and the question of error disclosure will depend on the anticipated consequences in a given case. Empirical research on medical errors supports open disclosure [5], but studies also show that the consequences depend on the way the error is communicated [12-14].

The second key topic discussed here is the management of errors made by colleagues. Professional codes of ethics for psychotherapists (e.g. of the British Association for Counselling and Psychotherapy or the Professional Association of German Psychologists BDP) do not refer to errors. However, they do emphasise the duty to exercise objectivity towards colleagues. Objectivity and collegiality seem to play an important role when handling errors, and psychotherapists are particularly unsure of how to manage such situations [15].

The moral judgement and practical management of one’s own errors and those of colleagues is influenced by the ethical culture of the profession. Which one can we expect of psychotherapy? In professional psychotherapeutic guidelines and codes of conduct, the management of errors is not explicitly mentioned, yet the Principles of Biomedical Ethics formulated by the Beauchamp &

Childress (B&C) [16] have been welcomed as a guide in psychotherapy [17]. They are part of the curricula for trainee psychotherapists and referred to in different professional codes. The principlist approach is based on common-sense morality and consists of four duties: respect for autonomy, non-maleficence, beneficence and justice. Lindsay et al. (L) formulated a modified set of ethical principles and specifically aim to account for the ethical requirements that psychologists (and other practitioners) face in psychotherapy in Europe: respect, competence, responsibility and integrity [18, 19]. Each of these principles is reflected in a statement of relevant values and a set of specific standards. Respect is divided into general respect, privacy, informed consent and confidentiality. The principle of competence describes ethical awareness and knowledge. Knowing the limits of one's own competence and taking advanced training are also subsumed under this principle. The principle of integrity describes recognition of professional limitations through self-reflection, honesty and accuracy. Also included are describing one's own qualification accurately and the obligation to comment on colleagues' actions if they seem wrong. The principle of responsibility calls for the best possible treatment and the avoidance of harm.

Whilst both approaches readily overlap in certain areas, they diverge in others. In contrast to the medical case studies in the work of B&C, L use examples from psychotherapy. The Lindsay approach has been adopted by the Meta-Code of Ethics of the European Federation of Professional Psychological Associations [20]. Moreover, the Code of Ethics and Conduct of the British Psychological Society (BPS) and the German "Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen" introduce the Lindsay principles [21].

Medical studies showing beneficial consequences of the honest disclosure of an error encourages the development of ethically sound error management standards. As a first step in this direction, we conducted an interview-based study with psychotherapists and aimed to explore:

1. PTs' preferred ways of dealing with an error made by themselves and/or by a colleague;
2. PTs' reasons for their preferred course of action in the light of the two existing principle-based ethical approaches (B&C and L);
3. Ethically sound recommendations for handling errors in psychotherapy through discussion.

Methods

Setting

We chose a qualitative design due to the exploratory nature of our first two research questions and the need for in-depth insights into subjective perspectives [22]. Data were collected using semi-structured interviews with PTs working in the greater area of Berlin, Germany. Ethical approval was obtained from the ethics committee of the local PT trade association.

Sample

Using a list of accredited supervisors from the national psychotherapist association, 35 PTs, (physicians/psychiatrists or psychologists working as PTs) were contacted for interviews. Snowballing enabled further contacts. Data collection was stopped with theoretical saturation, i.e. when interviews were not adding any further insights. Stratified cluster sampling ensured that the most common types of psychotherapy (psychoanalysis, cognitive-behavioural and client-centred therapy) were included. Five PTs declined to be interviewed due to time pressures. The final sample size was 30. The response rate was 85%.

Data Collection

Based on literature searches (PubMed, Medline, PsychInfo, ETHMED, Bioethicsline) and two co-authors' own experiences as practicing PTs, a problem-centred interview guide was developed. After a revision process by five experts in qualitative research, psychotherapy, law and forensic medicine, it was tested in a preliminary study with psychotherapy trainees. Three main topics surfaced: 1. Categorisation of errors, 2. Management of errors, and, 3. Ethical approach towards error disclosure. This paper reports on the latter of the three. [4, 23]

All interviews were conducted by the same interviewer (first author, MSc Psych, trained cognitive-behavioural therapist), took place in the psychotherapists' offices and lasted approximately one hour. Prior to the interview the participants signed a consent form and were assured anonymity. In order to focus the PTs on the topic, an operationalized definition of error from the German management handbook for PTs was read out. It translates: "An error is defined as *inappropriate conduct during therapy or an incorrect diagnosis or a false indication, contrary to currently accepted guidelines or*

standards. An error can also violate basic rules of therapeutic behaviour towards the patient.” [24].

This was followed by the interview questions using a semi-structured interview approach. The audio-recordings were transcribed verbatim and transcripts were anonymized.

Analysis and Categories

For the analysis of the transcripts we used qualitative content analysis according to Mayring [25]. This is a commonly applied framework approach of systematic, rule-guided text analysis and tries to preserve some methodological strengths of quantitative content analysis extending them to a concept of qualitative procedure. Data were categorized according to a mixed inductive and deductive coding scheme. The inductive coding focussed on the PT's disclosure and management of error. We categorized participants' answers according to the two sets of principles of B&C and L. This involved the reconstruction and clarification of the observed empirical phenomena of interest by articulating implicit assumptions and underlying meaningful components in explicit ethical terms. This is a type of qualitative approach used in medical ethics research [26]. To enhance reliability, a second coder (psychologist trained in qualitative analysis) analysed 40% of the text material that was randomly selected and matched it with the first coder. The inter-coder reliability was 0.93. Coding was supported by the software MAXqda 2001 (VERBI GmbH Berlin).

Results

Among the 30 PTs taking part in the interviews, 21 were psychologists, seven physicians (psychiatrists) and two social workers (see Table 1). The distribution of gender (female/male: 2/1) and profession (psychologists/psychiatrists: 3/1) reflects the distribution in the German PT population [27]. The three main psychotherapy approaches were represented: 11 psychoanalysts, 16 cognitive-behavioural therapists, and 3 client-centred therapists. Furthermore, 18 were also qualified as supervisors of other therapists.

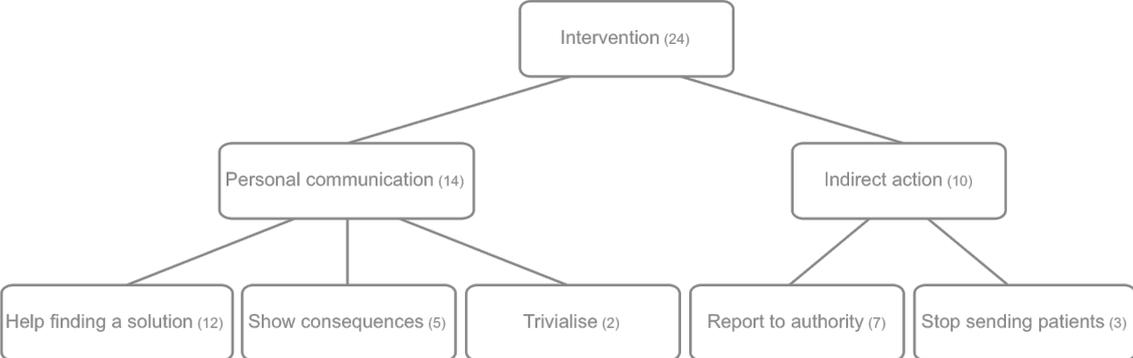
Table 1: Demographic information of interviewed PTs

	Characteristic	Data
Gender (n)	Male	9
	Female	21
Age (years)	Mean/Median	45/46
	SD	11
	Range	28-70
Professional setting (n)	Outpatient care	20
	Inpatient care	10
Practical Experience (years)	Mean/Median	18/18
	SD	12
	Range	3-40

Legend: SD= standard deviation

The majority of PTs reported a practice of disclosing their errors (n=26/30). They justified this mainly by saying that this improves the therapeutic relationship and allows role model learning for the patient. Their main reason for not disclosing errors was the fear that the patient may cease therapy, leading to harm and a reduced chance of recovery from the mental illness. With respect to errors made by colleagues, the majority of therapists reported that they would take action (see figure 1).

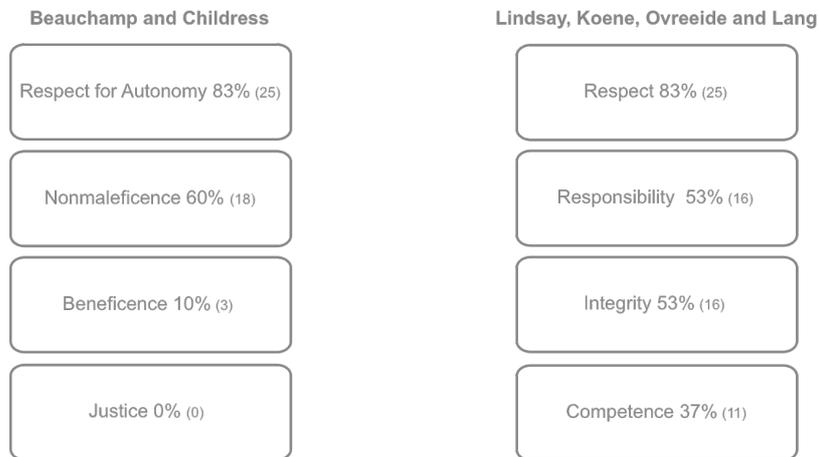
Figure 1: Reported actions as responses to errors of colleagues (n)



Legend: (n) of participants referring to this action, more than one answer was possible.

In this study PTs mainly reported their own experiences to explain their error management. When asked about theoretical, especially ethical grounds for their actions, they described relying on intuition or personal values. Directly asked about their ethical training and knowledge, they often stated uncertain or rudimentary training. The majority mentioned a need for further ethical training. In a second step the answers concerning ethical considerations about error management were categorized according to the principles of Beauchamp and Childress and Lindsay et al (Figure 2).

Figure 2: Reported reasons for/against error disclosure categorized according to the principles of Beauchamp and Childress and Lindsay et al.



Legend: Percentage and (n) of participants referring to that principle. For disclosure more than one ethical justification was given. Non-disclosure was only mentioned with reference to Nonmaleficence or Responsibility (n=4).

Most commonly the PTs referred to the category respect (for autonomy) (L, B&C). Several PTs stated that they would like to be informed about errors themselves. Furthermore they referred to integrity – e.g. by characterising error disclosure by the values of honesty and openness towards the patient. Enabling therapy to continue by disclosing an error was categorized under the principles of beneficence (B&C) and competence (L). Many PTs considered error disclosure to be a potential risk of harm, which falls under the principles of non-maleficence (B&C) or responsibility (L). Nearly all of the interviewed PTs emphasized their positive experiences in disclosing errors to their patients. Most PTs said that disclosing an error also meant apologising.

Examples¹¹

“I had rather positive experiences (with disclosure)... Contrary to previous fears, disclosure did not lead to a breach of trust, instead I experienced the opposite...” (T7)¹²

¹¹ translated literally from German by first author

In one example a psychoanalyst reports about an error concerning counter transference; the redirection of one's own feelings on the patient, a typical psychoanalytic technique. In this example it can be seen that the psychoanalyst believes there is a difference between psychotherapeutic schools in their attitudes towards disclosing errors:

“I can tell you an example, when I treated a patient wrongly. This patient made me furious and I reacted in an unfriendly manner, which I felt was an error (...). In this case I couldn't talk about the situation immediately... I could only talk about the situation one year later. This is a huge difference to CBT [cognitive-behavioural therapy] therapists (...) where this could have been dealt with immediately. I see things and keep them in mind, but decide when and how to talk about them. (T3, psychoanalyst, psychologist).”

In another example, a psychoanalyst reported disclosing errors immediately and directly when talking about a judgemental error. In this example there is no difference between psychotherapeutic schools in terms of when an error is disclosed.

“ Sometimes you tend to overstrain a patient. When I notice this during the session, I will disclose the error immediately. And when I notice it later, I will start the next session by saying that I have to tell you something important.... I will take responsibility for the error and apologize...” (T13, psychoanalyst, psychologist)

Example statements on the reaction to one's own errors and ethical reconstruction

Examples categorized according to the principles of Beauchamp and Childress

Examples categorized according to the principles of Lindsay et al.

Respect for Autonomy

Respect¹⁴

“The autonomy of the patient is relevant:

“Respect in treating patients, e.g. not judging

¹² Interview Identification Number

Can I tell my patient about the error? What do I risk? Things like termination of therapy... But I can't live with "not telling" the patient. It's always about treating others, as you would like to be treated yourself (...). This would be a short form of my ethical belief: I do not want to be patronized or stigmatized...I want to be treated autonomously" (T4, CBT, psychologist)¹³

Non-maleficence

"I would be inclined to tell the patient (about the error)... But there are a few patients, particularly in psychiatry, when I prefer to not talk about an error. For example when a patient suffers from delusions..." (T12, CBT, psychiatrist)

Beneficence

"The patient can benefit from me disclosing an error. They know they can trust me and it is not their fault if therapy does not work. A common error in my opinion is blaming patients for therapy failures." (T22, CBT, psychologist)

them, their decisions – especially when disclosing an error." (T23, psychoanalyst, psychiatrist)

Responsibility

"I will take responsibility for the error, apologize and express my regret. This has always raised a lot of positive reactions..." (T7, client-centred therapist, psychologist)

(Professional) Competence

"A common error ([is]) when therapists don't know their limits. When therapists treat patients without having the necessary background knowledge or professional training..." (T15, psychoanalyst, psychologist)

¹³ Interview Identification Number

¹⁴ The principle of respect by Lindsay et al. subsumes several forms of respect (including e.g. respect for autonomy). Therefore the quotes for autonomy categorized to the Beauchamp and Childress approach have been categorized here as well.

Justice

This category was not coded

Integrity¹⁵

“Integrity – this is to not misuse one’s position of power... Integrity also means transparency. Taking this into account, I think there is a duty of disclosure...” (T4, CBT, psychiatrist)

Participants’ statements on managing the errors of colleagues

“Consequences of errors: not referring patients [to that therapist] anymore and spreading that news or even reporting the therapist to the professional association.” (T3, psychoanalyst, psychologist)

“I would want to protect the patient. As a consequence of an error I talk directly to colleagues, and if necessary, I would certainly deal with the error at a higher level. An error should have consequences. However, first I would talk to the colleague personally.” (T6, CBT, psychiatrist)

The category of non-maleficence was used when PTs described how they prevented harm resulting from errors of colleagues. Both quotes could also be assigned to the Lindsay principle of responsibility.

Application of ethical principles

The partial overlap of the two principle-based approaches (B&C, L) is mirrored by the results. Evidently, the same PTs’ statements could be categorized both under the principle of respect for autonomy (B&C) and under the principle of respect according to L. Responsibility (L) seems to overlap with the more general principle of non-maleficence (B&C) [16], both in relation to protecting the patient from harm. Similarly, the principle of competence (L) reflects the intention to benefit the patient (beneficence; B&C). The principle of integrity (L) was categorized several times; it functions as an additional category for analysing the PTs’ reasoning when managing errors. No reference could

¹⁵ Besides quotes directly referring to integrity, the principle of Integrity was categorized when PTs referred to necessary positive characteristics of PTs (e.g. honesty).

be found in the interview transcripts to fairness (B&C). In conclusion, the data provide a limited fit to the approach of B&C; the matching is improved by the supplementation of the more specific principles of L, especially regarding the additional principle of the psychotherapist's integrity.

Discussion

Error Disclosure

According to our PTs, disclosing errors mainly results in a positive outcome. This lends weight to the importance of the duty to disclose errors and supports findings within medical literature [13]. The warning that concealment of an error can lead to irreversible disturbances in the psychotherapeutic relationship, rendering further treatment complicated or impossible [28], is consistent with the reported experiences of the interviewed psychotherapists. Conversely, other authors suggested that disclosing errors could be distressing for the patient and that it may not be right in every clinical context [28, 29] – a fear shared by our participants, even though (medical) studies do not support this finding.

Various ethical obligations such as respecting patient autonomy, enhancing their wellbeing and preventing harm coexist. The majority of the reasons the PTs gave to justify their handling of errors falls into one of two categories from the two principle-based ethical approaches [16]. Most commonly, PTs referred to respect for autonomy (B&C) / respect (L) [16, 18]. This corresponds with a deontological approach represented by ethical guidelines [30] and the law. Some PTs argued that they would like to be informed about errors themselves referring to the "golden rule" or ethics of reciprocity in favour of a pro-disclosure approach.

The observation that PTs highly value the notion of respect for the patient is not surprising and this idea adopts the medical trend towards patient-centred treatment. Moreover, the idea of patient autonomy has been emphasized in psychotherapy from its conception and can be seen expressed in the movement of psycho-education [28, 31]. Another important justification given by the PTs who were pro error disclosure was integrity. The principle of integrity was often mentioned when talking about the asymmetry of the therapeutic relationship or referring to values of honesty and openness towards the patient.

Disclosing a treatment error can allay patients' fears of being responsible for a failure of the therapy. This reflects both, the principles of beneficence (B&C) and competence (L). Disclosure also provides the patient with the assurance and hope that further decisions will be made in his or her best interest [32]. However, beneficence was addressed explicitly by very few PTs, which is an unexpected finding in the light of the caring motivation inherent in the psychotherapeutic profession. Given that beneficence and non-maleficence are both addressing patient interest and wellbeing, but from two opposing perspectives, this observation could be explained by the PTs focusing more on preventing the harm that errors mean for the patient.

In general, the duties of beneficence and non-maleficence mean evaluating the benefit-burden ratio throughout the therapy process, but especially at its beginning. This should be discussed with the patient as part of obtaining informed consent [33]. Our PTs voiced similar considerations for the phase after disclosure of a treatment error had taken place.

One key component of effective disclosure, as found in the medical error literature [34], is apologising for errors. This became evident in the answers of the PTs as well. Another important component is to enable steps to reverse the error or at least mitigate negative consequences for the patient. Accordingly, PTs in this study emphasized their endeavour to make the best out of an error. For example, an error could be used to adjust the treatment approach. Reversing an error may help to maintain a positive relationship with the patient [35] and this seemed to be highly important to our interviewees. This may explain the frequent statements referring to non-maleficence (B&C) or responsibility (L). The concept of error reversibility is central for the conviction that error disclosure is helpful. The principle of non-maleficence (B&C) has been prevalent in medicine since the outset. Psychotherapy has taken longer to adopting this notion; however, the PTs also considered that error disclosure could lead to the patient discontinuing the therapy with possible harmful effects. Therefore, error disclosure may be discussed under the notion of "therapeutic privilege" [8]. Similar to the interviewed PT who advocated non-disclosure for patients with delusions, we can find a few examples in the literature where patients with poor insight, especially in cases of psychotic disease, are treated in this way [36]. However, the ethical justification of a "therapeutic privilege" is markedly weaker in error disclosure than in handling the information about diagnosis and prognosis in general. This is

because a patient who has been wronged has a special right to the truth about this wrongdoing.

On closer scrutiny, disclosure of errors in psychotherapy seems to be influenced by further factors – again comparable to the medical literature [37]. For example, the PTs first wanted to know the patient's ability to cope with that information in order to make a decision whether to tell the patient about an error. Thus, an individual assessment considering the outcome of the disclosure and its benefit-harm balance was preferred. This reflects a consequentialist approach, aiming to deliver good and desirable outcomes. On the whole, we observe a mix of deontological and consequentialist reasoning in the PTs' decision making.

Interestingly, the interview data hardly revealed any differences in error management between therapists of different schools. Even though the therapists themselves expected a difference, they rather unanimously favoured disclosing errors. As exemplified in the quote above, psychoanalyst PTs work with rules of abstinence and (counter)-transference [38]. Disclosure at the wrong point of time (i.e. immediate) may go against the requirements of these concepts asking the PT to first reflect before taking any action including error disclosure or apology. However, when not talking about those “special cases”, our psychoanalyst PTs still report disclosure of errors and apologizing for them. This topic warrants further research. It is possible that the PTs who took part in our study, were particularly interested and open-minded regarding the topic of error.

One main finding of this study is that the interviewed PTs emphasized their positive experiences in disclosing errors to patients. This supports Bienenstein and Rother [29] who conclude that the success of therapy depends less on the fact of whether an error was made or not, but on how the error was communicated and managed.

Responding to errors made by colleagues

In the analysis of the reported management of errors made by colleagues, the principles of non-maleficence (B&C) and responsibility (L) were found to be paramount. Similar to a medical study [39], the PTs argued in favour of the discussion of errors with colleagues, especially targeted at collegial support. In medicine, studies found that this approach enables peer learning by seeing each other as role models [39]. A similar range of considerations was found in our study.

The frequent reference to a character of integrity may reflect the significance of virtue ethics [39-41] for individual orientation as a psychotherapist. It suggests that human qualities play an important role for the profession and personal virtues of (famous) psychotherapists might offer a general ethical orientation. However, this alone would probably fail to provide a precise direction of concrete action, especially when facing ethical dilemma. Therefore, different authors suggested that the approach of virtue ethics should only be used to compliment ethical standards [42]. So far, virtue ethics has rarely been part of professional guidelines or ethics codes. Furthering this approach could be fruitful, especially in relation to education or supervision.

Some of the interviewees reported experiences with colleagues who had refused to reflect upon their errors. Even though they felt the need to intervene in order to protect the patient, they appeared to be reluctant to question their colleagues' skills. Collegial loyalty seems to cause a conflict with the principle of responsibility [18], although the duty to disclose misconduct or incompetence is ethically well-founded [31]. This result is compatible with more general studies showing a significant difference between "should" and "would do". Research indicates that PTs "*would*" do less than they knew they "*should*" when confronted with unprofessional or unethical conduct on the part of colleagues [43]. A possible approach to solving this conflict mentioned in the literature was suggested in our interviews as well: initiating a personal contact with a colleague (or talking about the error in a trustworthy supervision environment) before taking any further steps. This would also comply with recommendations by various codes of ethics (e.g. American Psychological Association APA, BPS, BDP) [20]. Different ethical guidelines for psychologists require that psychologists who observe colleagues engaging in moral violations should try to address and resolve these informally in the first instance. Further action should only be taken, if this proves fruitless. However, the threshold to take further steps is high and the PTs in our study tend to avoid it. Besides professional loyalty, this may also be explained by wanting to avoid personal costs, fearing negative repercussions or having insufficient information about ethical guidelines [15]. Research shows that professionals are most in danger of misconduct when those around them do not hold them accountable [15, 28]. This means that PTs seem to be responsible for policing themselves and thus need a good understanding of ethical standards [15, 28]. Supervision, Balint groups and Morbidity-and-Mortality Conferences (medicine)

can be used as model platforms for discussing the topic of errors in psychotherapy; even ethics consultation services could be asked for help, where established. Taking responsibility for each other within teams or institutions should be encouraged together with promoting transparency when it comes to errors. Additionally, options for therapists and/or patients like conciliation committees to mediate cases of error should increasingly be introduced [28]. As one example the American Psychological Association (APA) offers such a committee [44].

Limitations of the study and outlook

Qualitative research methods have certain limitations. One disadvantage of the current design is that the data are not statistically representative. In addition, although two coders and an interdisciplinary panel were continuously involved in critical review, the coding process itself is open to subjectivity. Issues of validity arise because reported PT behaviour may not directly correlate with their real practice. Observational studies of the disclosure process (if possible) might afford higher validity, but such methods are not without their limitations. As a follow-up to this explorative research, studies investigating the patient's experience of the consequences of honest error disclosure may prove rewarding. Additionally, research exploring how ethical training could help PTs to successfully deal with errors appears promising.

Conclusions

Clear ethical recommendations for the disclosure of psychotherapeutic errors have so far been lacking, especially due to the paucity of treatment standards and the little empirical research that is currently available in psychotherapy. Our findings support the views of different psychotherapeutic authors, that adequately disclosing an error has positive effects on the patient.

On the whole, the emphasis placed on respect for patient autonomy on the one hand and on preventing harm to patients on the other seems to give an ethically robust reference point. However, this is not a simple remedy for finding solutions. Clearly, the best ethical way forward for error disclosure seems to be considering the type of error made in combination with the personality (stability) of the patient. This implies tailoring each disclosure to the individual's situation for maximum effectiveness. This assumes that cases might be handled differently based on reasons such as the capacity of a patient to

benefit from certain information. It also implies that professionals need to consider how to make information available to the patient in an empathic manner. This recommendation is in accordance with ethical PT behaviour according to several ethical manuals (e.g. American Psychological Association APA, BPS, BDP). It also corresponds to professional medical guidelines regarding the disclosure of bad news.

Further research is needed to investigate how such individual solutions could best be adjusted according to the situation and the individual patient and what the most effective and acceptable ways of error disclosure might be. It appears helpful to not only rely on intuitive, subjective feelings when seeking guidance, but to engage in explicit ethical reflection professionally. Training PTs in error management and ethics therefore is important.

When handling errors made by colleagues, insecurity and unease to take further steps often prevails – especially in severe cases. Thus, efforts should be taken to offer clearer guidance to PTs in such situations.

Of note were the rather unconfident responses of many PTs who could not rely on conceptual knowledge in relation to ethical principles and desired in-depth ethics training. An unanswered question remains as to whether national approaches/guidelines or cross-border activities will yield better support. The exchange of ideas and experiences is needed, and international debate could enrich such exchange.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

IM contributed to the conception and design of the study, carried out the interviews and interview analysis and drafted the manuscript. RJJ contributed to the analysis and interpretation of data and revised the manuscript. SRT contributed to the conception and design of the study, supervised the

interview study and interview analysis and revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We thank everybody who contributed to this research project, especially the interviewed PTs, the experts and research colloquium Medical and Health Ethics. Prof. Undine Lang, Director of Adult Psychiatry, UPK, Basel, provided scientific support. We are grateful to Rosanna Crombie for her encouragement and language support.

References

1. Bosk CL: **Forgive and remember: managing medical failure**. Chicago: The University of Chicago Press; 1979.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington (D.C.): National Academy Press; 2000.
3. Foa EB, Emmelkamp PM: **Failures in behaviour therapy**. New York: Wiley; 1983.
4. Medau I, Jox R, Reiter-Theil S: **Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten** [Treatment error in psychotherapy: an empirical contribution to the notion of error and its ethical aspects.] *Ethik in der Medizin*, in press.
5. Hebert PC: **Disclosure of adverse events and errors in healthcare: an ethical perspective**. *Drug Saf* 2001, **24**(15):1095-1104.
6. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W: **Disclosing harmful medical errors to patients**. *N Engl J Med* 2007, **356**(26):2713-2719.
7. Richard C, Lajeunesse Y, Lussier M-T: **Therapeutic privilege: between the ethics of lying and the practice of truth**. *J Med Ethics* 2010, **36**:353-357.
8. Heever vdP: **Pleading the defence of therapeutic privilege**. *SAMJ* 2005, **95**(6):420-421.
9. Hebert PC, Levin AV, Robertson G: **Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error**. *Can Med Assoc J* 2001, **164**(4):509-513.
10. Bostick N, Sade R, McMahon J, Benjamin R: **Report of the American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs: withholding information from patients: rethinking the propriety of "therapeutic privilege"**. *J Clin Ethics* 2006, **17**(4):302-306.
11. Kant I, tr. Kingsmill Abbott T: **Fundamental Principles of the Metaphysics of Ethics**. London, New York: Longmans, Green & co; 1895.
12. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH: **Communicating with patients about medical errors - A review of the literature**. *Arch Intern Med* 2004, **164**(15):1690-1697.
13. Leape L, Berwick D: **Five years after To Err Is Human: what have we learned?** *JAMA* 2005, **293**:2384-2390.
14. Robbennolt JK: **Apologies and medical error**. *Clin Orthop Relat Res* 2009, **467**(2):376-382.
15. Biaggio M, Duffy R, Staffelbach D: **Obstacles to addressing professional misconduct**. *Clin Psychol Rev* 1998, **18**(3):273-285.
16. Beauchamp TL, Childress JF: **Principles of Biomedical Ethics**. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2013.

17. Jordan A, Meara N: **Ethics and the professional practice of psychologists: The role of virtues and principles.** *Prof Psychol-Res Pr* 1990, **21**(2):107-114.
18. Lindsay G, Koene C, Ovreeide H, Lang F: **Ethics for European psychologists.** **Göttingen: Hogrefe; 2008.**
19. Leach M, Stevens M, Lindsay G, Ferrero A, Korkut Y: **The Oxford Handbook of International Psychological Ethics.** Oxford: Oxford University Press; 2012.
20. European Federation of Psychologists' Association: **Meta Code of Ethics: Guidance for Ethical Codes of Member Associations.** 2005
<http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes>
21. The British Psychological Society: **Code of Ethics and Conduct.**; 2009.
http://www.bps.org.uk/system/files/documents/code_of_ethics_and_conduct.pdf
22. Hull SC, Taylor HA, Kass NE: **Qualitative Methods.** In *Methods in Medical Ethics.* Edited by Sugarman J, Sulmasy DP. Washington, D.C.: Georgetown University Press; 2001.
23. Medau I, Jox R, Dittmann V, Reiter-Theil S: **Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie - Therapeuten berichten aus der Praxis [A Pilot Study for Handling Errors in Psychotherapy – Therapists Report from Practical Experience].** *Psychiat Prax* 2012, **39**:326-331.
24. Behnsen E, Bell K, Best D, Gerlach H, Schirmer H-D, Schmid R: **Management-Handbuch fuer die psychotherapeutische Praxis - MHP. {Management handbook for the psychotherapeutic practice}.** Heidelberg: Decker; 2000.
25. Mayring P: **Qualitative Content Analysis.** *Forum: Qualitative Social Research.* vol. 1. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>; 2000.
26. Reiter-Theil S: **What does empirical research contribute to medical ethics? A methodological discussion using exemplary studies.** *Camb Q Healthc Ethic* 2012, **21**:425-435.
27. **Psychotherapeuten und Therapieverfahren und Geschlechterverteilung 2003 Database.** <http://www.psychogen.de/data/pool/2052813798.pdf>
28. Hutterer-Krisch R: **Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit.** Wien: Springer; 2007.
29. Bienenstein S, Rother M: **Fehler in der Psychotherapie Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis.** Vienna: Springer-Verlag Vienna; 2009.
30. Strech D, Schildmann J: **Quality of ethical guidelines and ethical content in clinical guidelines: the example of end-of-life decision-making.** *J Med Ethics* 2011, **37**(7):390-396.
31. Koocher G, Keith-Spiegel P: **Ethics in psychology. Professional standards and cases, 2nd. edn.** New York: Oxford University Press; 1998.
32. Manson NC: **Why do patients want information if not to take part in decision making?** *J Med Ethics* 2010, **36**:834-837.
33. Helmchen H, Sartorius N: **Ethics in Psychiatry: European Contributions.,** vol. 45. Netherlands: Springer; 2010.
34. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W: **US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients.** *Arch Intern Med* 2006, **166**(15):1605-1611.
35. Palmboom GG, Willems DL, Janssen NB, de Haes JC: **Doctor's Views on Disclosing or Withholding Information on Low Risks of Complication.** *J Med Ethics*, 2007, **33**(2):67-70.
36. Ruissen A, Widdershoven G, Meynen G, Abma T, van Balkom A: **A systematic review of the literature about competence and poor insight.** *Acta Psychiat Scand* 2012, **125**:103-113.
37. White AA, Gallagher TH, Krauss MJ, Garbutt J, Waterman AD, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W, Larson EB: **The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients.** *Acad Med.* 2008, **83**: 250-256.
38. Greenson RR: **The Technique and Practice of Psychoanalysis.** New York: International University Press; 1967.
39. Kaldjian L, Forman-Hoffman V, Jones E, Wu B, Levi B, Rosenthal G: **Do faculty and resident physicians discuss their medical errors?** *J Med Ethics* 2008, **34**:717-722.
40. Tjeltveit AC: **Ethics and values in psychotherapy.** New York: Routledge; 1999.
41. Jennings L, Sovereign A, Bottorff N, Mussell MP, Vye C: **Nine Ethical Values of Master Therapists.** *JMHC*, 2005, **127**(1): 32-47.
42. **Robertson M, Walter G: Overview of psychiatric ethics II: Virtue ethics and the ethics of care.** *Australas Psychiatry* 2007, **15**(3):207-211.
43. Wilkins M, McGuire J, Abbott D, Blau F: **Willingness to apply understood ethical principles.** *J Clin Psychol* 1990, **46**:539-547.

44. American Psychological Association APA: **Ethical principles of psychologists and code of conduct.** *Am Psychol* 1992, **47**:1597-1611.

4. Diskussion, Schlussfolgerung und Ideen für Anschlussprojekte

Die detaillierten Einzeldiskussionen der oben vorgestellten Arbeiten lassen sich wie folgt zusammenfassen: Eine ethische Diskussion des Themas bringt wertvolle Ergänzungen und kann dazu beitragen, die Handhabung von Fehlern im psychotherapeutischen Alltag zu vereinfachen und praktikabler zu machen.

Die Antworten der befragten PT zeigen, dass auf Therapeutenseite ein großes Interesse am Thema vorhanden ist. Entgegen dem Eindruck, den man durch die langjährige Tradition der Zurückhaltung bzgl. einer Patientenaufklärung über das (v.a. psychoanalytische) Therapievorgehen gewinnen könnte, stehen heute bei allen Therapieschulen Werte wie Offenheit, Patienteneinbeziehung und Aufklärung im Vordergrund. Ethisch begründet wird dies häufig nicht durch den Bezug auf ethische Prinzipien und Theorien, die trotz Verankerung in der Ausbildung zum Psychotherapeuten und auch in den Ethikrichtlinien der Berufsgenossenschaft eher unbekannt sind, sondern durch den Bezug auf therapeutische Werte wie Wertschätzung, Kongruenz etc., die Therapeuten auch zur Fehleroffenlegung motivieren.

Neben dem Umgang mit eigenen Fehlern erweisen sich häufig jene Situationen als ethisch problematisch, in denen Kollegenfehler aus unterschiedlichen Gründen nicht angesprochen oder gemeldet werden. Dies lässt wiederum auf die Wichtigkeit sowohl einer klaren und einheitlichen Fehlerdefinition zur Erleichterung einer Einschätzung des Fehlers schließen, als auch auf die Nützlichkeit von praktisch einsetzbaren Leitlinien zum Umgang mit Fehlern.

Hierzu soll unsere qualitative Studie einen ersten Beitrag leisten. Die ethische Analyse der Therapeutenaussagen und das daraus entwickelte Modell sollen praktisch relevanten ethischen Konzepten, mit denen Therapeuten arbeiten können, den Weg bereiten.

Unsere Untersuchung hat überdies gezeigt, dass Therapiefehler in vier große Obergruppen eingeteilt werden könnten – eine für Praktiker schwer zu überblickende Situation. Die schwierige Objektivierbarkeit von Erfolg, Misserfolg oder gar Schaden von Psychotherapie, insbesondere aufgrund der Komplexität der therapeutischen Beziehung, machen die Konzeptbildung zusätzlich schwierig. Wir legen hier einen ersten empirisch fundierten Vorschlag zur Vereinheitlichung der verschiedenen Kategorisierungsversuche mehrerer Autoren vor, der aber durch weitere Untersuchungen noch validiert werden muss.

Interessant wird diese Einteilung insbesondere in Anbetracht des divergierenden Umgangs mit den Kategorien/Arten von Fehlern. Während *professionelle* Richtlinien und Leitlinien bei technischen Fehlern und psychotherapeutische Qualitäten wie Beziehungsgestaltung und

Indikationsstellung bei Beziehungsfehlern zum Tragen kommen, sind für normative Fehler eher *ethische und rechtliche* Richtlinien wichtig. Insbesondere der Umgang mit kleineren und alltäglich auftretenden Fehlern, die nicht juristisch erfasst werden können, spielt im psychotherapeutischen Alltag eine Rolle und stellt eine häufige Konfliktursache dar, die für Therapeuten sehr belastend sein kann. Der Prozesscharakter der Psychotherapie trägt einerseits erschwerend zur Bestimmung von Fehlern bei, andererseits hält er auch die Möglichkeit zur Wiedergutmachung offen. Insbesondere bei Beziehungsfehlern, aber auch bei technischen Fehlern begünstigt der psychotherapeutische Prozess im Gegensatz zu oftmals einmaligen somatischen Behandlungsbedingungen einen offenen Umgang und eine Wiedergutmachung des Fehlers.

Auf Therapeutenseite wird der Wunsch nach offenen Supervisions- und Interventionsmöglichkeiten sowie ein Wissensbedarf für Fortbildungen deutlich. Ursprünglich stellt die Supervision (hier als Oberbegriff für Supervision, Intervention, Balintgruppe o.ä.) einen Ort zur Fehleranalyse bzw. zum Lernen aus Fehlern und bei Bedarf zur unterstützten Fehlerkorrektur dar. Berichtet wurde hierzu allerdings, dass dies nicht in jeder Supervisionsgruppe möglich oder erwünscht sei. Therapeuten sollten sich die primäre Funktion von Supervision bewusst vor Augen führen und eine geeignete Gruppe suchen. Dies könnte durch eine Verpflichtung zur Supervision bzw. eine „Belohnung“ der investierten Zeit durch Vergabe von Fortbildungspunkten für Therapeuten lohnenswerter gestaltet werden, die nach eigenen Angaben (auch aufgrund hoher zeitlicher Belastungen) Supervision o.ä. häufig vernachlässigen. Auch für Institutionen sollten Anreize geschaffen werden, die meist vorhandenen Super- oder Interventionsangebote noch besser auszubauen, insbesondere in einer Art und Weise, dass sie wirklich zur Fehlerbesprechung genutzt werden können (gerade in Anbetracht von Hierarchie- und Imageproblemen).

Folgende Anschlussprojekte erscheinen erfolgversprechend: An vorderster Stelle wäre eine (qualitative) Befragung von Patienten (und evtl. Angehörigen, insbesondere bei Kindern) sinnvoll, um eine ergänzende Sichtweise zur Therapeutensicht zu erhalten und Theoriebildend zur Fehlerdefinition und –Kategorisierung beizutragen. Im Anschluss daran wären größere (insbesondere auch quantitative) Studien nötig, um die Definition und Kategorien zu überprüfen.

Weiterhin offen bleibt die Frage, inwieweit Schulen-Auffassungen Fehlermaßstäbe in der Psychotherapie setzen. Auch wenn unsere Ergebnisse entgegen ersten Erwartungen dies nicht eindeutig gezeigt haben, sind größere und vergleichende Studien in diesem Bereich nötig.

Praktisch hängt der Umgang mit Fehlern von mehr als inhaltlichen Überlegungen ab, deshalb sollten wichtige Patienten-, Therapeuten- und Umgebungskriterien herausgearbeitet

werden. Dazu ist wiederum die Erforschung der Patientensicht notwendig. Eine Beobachtungsstudie (z.B. Videoanalysen) könnte weiterhin beitragen, Kriterien für eine gute Offenlegung von Fehlern herauszuarbeiten.

Gerade der Umgang mit „schweren“ Kollegenfehlern wird von Psychotherapeuten als eine schwierige ethische Herausforderung in ihrem beruflichen Alltag gesehen. Es erscheint daher dringend notwendig, Therapeuten hier einen Weg zum Eingreifen zu eröffnen, der einfacher und besser geregelt ist. Hier besteht deutlicher Forschungsbedarf zum Verhältnis zwischen Theorie und Praxis. Die Entwicklung einer Leitlinie zum Umgang mit Fehlern könnte dies vereinfachen und wäre ein abschließendes Ziel.

5. Literaturverzeichnis

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 2005
2. Lindsay G, Koene C, Ovreeide H et al. Ethics for European psychologists. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2008
3. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ et al. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Intern Med 1997; 12: 770-775
4. Hart D. Grundlagen des Arzthaftungsrechts: Leistungs- und Haftungsschuldner. Jura 2000; 1: 14-19
5. Bosk CL. Forgive and remember: managing medical failure. Chicago: The University of Chicago Press; 1981
6. Kuhr A. Fehler und Misserfolge in der Psychotherapie. In Kleiber D, Kuhr, A Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis. Tübingen: Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie Tuebinger Reihe Nr 8; 1988, S 8-17
7. Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zu Profession. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1994
8. Margraf J, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer; 1996
9. Behnen E, Bell K, Best D et al. Management-Handbuch fuer die psychotherapeutische Praxis - MHP. Heidelberg: Decker; 2000
10. Wolfslast G. Psychotherapie in den Grenzen des Rechts. Stuttgart: Enke; 1985
11. Bienenstein S, Rother M. Fehler in der Psychotherapie Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Vienna: Springer; 2009
12. Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Uebersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53(1) 2008, 4-16
13. Hutterer-Krisch R. Behandlungsfehler in der Psychotherapie. Wien: Springer; 2001
14. Hutterer-Krisch R. Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Wien: Springer; 2007
15. Märtens M, Petzold HG. Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünwald; 2002
16. Sponzel R. Potentielle Kunst-/Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitaetssicherung mit einer Literaturuebersicht. Report Psychologie 22(8) 1997, 602-604
17. Kottler JA, Blau DS. Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance. Köln: Edition Humanistische Therapie; 1991
18. Emmelkamp PMG. Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In Kleiber D, Kuhr, A Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis. Tübingen: Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie Tuebinger Reihe Nr 8; 1988, S 34-44
19. Engelhardt K. Patienten-zentrierte Medizin und Ethik. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 2003:1969
20. Pateisky N. Fehlerkultur und Teamtraining. Gynäkologie 2004: 73-77

21. Perrow C. Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik. Frankfurt: Campus Verlag; 1988
22. Hofinger G, Waleczek H. Behandlungsfehler: Das Bewusstsein schärfen. Deutsches Ärzteblatt 2003; 44: 2848-2849
23. Hansis ML, Hart D, Becker K et al. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2001
24. Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop Relat Res 2009; 467: 376-382
25. Kraman S, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med; 1999:963-967
26. Hobgood C, Xie J, Weiner B et al. Error identification, disclosure, and reporting: practice patterns of three emergency medicine provider types. Acad Emerg Med 2004; 11: 196-199
27. Kaldjian L, Forman-Hoffman V, Jones E et al. Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? Journal of Medical Ethics 2008; 34: 717-722
28. Dittmann V, Hausmann R. Der Behandlungsfehlervorwurf - juristisches Prozedere und mögliche Konsequenzen. Therap Umschau 2008; 65: 389-393
29. Dupré K. Ärztliche Behandlungsfehler. Geschädigte Patienten und ihre Rechtsansprüche. Wiesbaden: Jopp; 1989
30. Barth S, Frank O, Hart D et al. Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Aktionsbündnis Patientensicherheit; Bonn: IfPdU, 2011
31. Hebert PC. Disclosure of adverse events and errors in healthcare: an ethical perspective. Drug Saf 2001; 24: 1095-1104
32. Thurmann, AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. Kennedy Inst Ethics J.; 2001:147-156
33. Reiter-Theil S. Ethik der Verhaltens- und Familientherapie. Warum - woher - wofür? In: Pöldinger W, Wagner W, Hrsg. Ethik in der Psychiatrie Wertebegründung - Wertedurchsetzung. Internationales Symposium in Basel. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991:148-167
34. Wilkins M, McGuire J, Abbott D et al. Willingness to apply understood ethical principles. Journal of Clinical Psychology 1990; 46: 539-547
35. Biaggio M, Duffy R, Staffelbach D. Obstacles to addressing professional misconduct. Clinical Psychology Review 1998; 18: 273-285
36. Jordan A, Meara N. Ethics and the professional practice of psychologists: The role of virtues and principles. Professional Psychology: Research and Practice 1990; 21: 107-114

6. Interviewleitfaden

Interviewfragen Leitfaden

In der Medizin wurde in den letzten Jahren wiederholt von Fehlern gesprochen - im folgenden soll es um Therapiefehler gehen (*Operationalisierung: mit Fehlern meine ich eine unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie oder eine falsche Indikationsstellung, wobei gegen anerkannte Richtlinien bzw. aktuelle Standards verstoßen wird oder Grundregeln des therapeutischen Verhaltens dem Patienten gegenüber missachtet werden. Zusätzlich könnte man auch das Therapieoutcome in Betracht ziehen und einen Fehler dann sehen, wenn eine Verschlechterung bzw. keine Verbesserung eingetreten ist, wobei dies natürlich schwer zu messen ist und oft auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist.*)

1. Würden Sie dieser Definition noch etwas hinzufügen? Und wie stehen Sie zum Therapieoutcome - ist das entscheidend für einen Therapiefehler?

2. Was glauben Sie welche Fehler passieren am häufigsten?

3. Wie ist das bei Ihnen selbst - können Sie sich an solche Therapiefehler erinnern?

- Falls kein Fall bekannt: Haben Sie von solchen Fällen Kenntnis, e.g. wenn Sie Supervision gemacht haben.

4. Würden Sie rückblickend in Bezug auf (eigene oder fremde) Fehler in der Therapie heute bei Ihren Therapien etwas anderes machen?

5. Stellen Sie sich vor, Sie würden einmal erkennen, dass Sie einen Fehler gemacht haben. Wie würden Sie sich da verhalten?

6. Was glauben Sie, würde es bewirken, wenn Sie einem Patienten mitteilen, dass sie einen Fehler in der Therapie gemacht haben?

- Wie wäre das bei Jugendlichen/Kindern

- Weshalb (nicht)?

7. Wie erleben Sie die interne Kommunikation über Behandlungsfehler und wie geht es dann weiter?

- Werden Fehler in Fachkreisen für sich behalten?

Würden Sie damit z.B. in die Balintgruppe gehen, es einem Kollegen oder in der Supervision erzählen?

- Wird jemand, der einen Fehler zugibt gestützt?

- Was folgt daraus?

- Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten?

8. Wie gehen Sie damit um, wenn Sie von einem Fehler eines Kollegen erfahren?

9. Sicher kommen auch zu Ihnen Patienten, die bereits eine therapeutische Vorgeschichte haben, die nicht nur positiv war und die daraufhin den Therapeuten gewechselt haben.

- spezifischere Nachfrage: Falls Sie so etwas noch nie erlebt haben, nehmen wir ein hypothetisches Dilemma an

Wie gehen Sie da vor?

- Was würden Sie dem Patienten sagen, wie und warum?

10. Sind Fehler nur negativ oder können sie auch genutzt werden?

- Kann man aus ihnen lernen (der Therapeut und die Fachwissenschaft, Critical Incident Reporting wie in Medizin).

11. Wie kann Ihrer Meinung nach das Risiko eines Therapiefehlers reduziert werden?

- Welche Maßnahmen zur Prävention gibt es? (Falls keine Einfälle dazu: ich meine damit auch Dinge, wie Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Supervision....)

12. Teil des Informed Consent ist es auch, eine Risikoaufklärung zu machen. Wie handhaben Sie diese Informationen, was gehört von Ihnen aus gesehen dazu und warum (auch ethisch gesehen)?

13. Als nächstes möchte ich eine methodenspezifischere Frage stellen bzw., methodentechnische Einsatzmöglichkeiten. Welche Methoden setzen Sie ein bzw. wie wählen Sie diese aus?

(Bei Antworten evtl. ergänzen: - Welche Rolle spielt denn die Forschung dabei? Studien, Evaluation, Therapieforschung....)

14. Was wäre Ihr Wunsch/Vorstellung, wie sollte sich das Thema Umgang mit Fehlern weiterentwickeln?

- Und was wären geeignete Wege dahin?

15. Wie ist Ihre ethische Sicht / Haltung / Orientierung in der Psychotherapie?

- Was gibt Ihnen diese im therapeutischen Alltag?

- Teilen Sie z.B. Ihre Weltsicht dem Patienten mit?

16. Wie sah Ihre eigene ethische Ausbildung in der Praxis aus?

- Wer vermittelte Ihnen Grundkenntnisse?

- Hatten Sie in der Ausbildung überhaupt Ethik oder haben Sie sich nachträglich darin weitergebildet oder sind Sie der Ansicht, dass man diese Kompetenzen automatisch hat?

Welches sind für Sie die ethischen Grundprinzipien der Psychotherapie?

- Es gibt inzwischen einen relativ verbindlichen Ethikcodex in der Psychotherapie (Richtlinien des dt. Bundesverbandes) oder kennen Sie die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress oder Lindsay et al?)

Frage am Schluss noch mal stellen: **Sind Ihnen inzwischen Dinge eingefallen, welche Fehler am häufigsten vorkommen oder Ergänzungen bezüglich der Definition?**

7. Curriculum Vitae

7.1 Persönlicher Hintergrund in Ethik

Mit diesem Projekt habe ich versucht, mein Interesse für Ethik mit meiner beruflichen Tätigkeit zu kombinieren. Für mich als „Berufsanfänger“ relevante Fragen aus dem klinischen Alltag konnten durch ethische Reflexionen und Fortbildungen in einer ergiebigen Weise bearbeitet und beantwortet werden. Dies wollte ich anhand des Forschungsprojektes über Fehler für die Praxis fruchtbar machen. Ethik übte als Teil der praktischen Philosophie auf mich schon immer eine große Anziehungskraft aus, sie kann theoretische Orientierung für Handlungsmöglichkeiten geben, besonders in schwierigen bzw. bisher kaum beforschten Situationen, in denen Therapeuten oftmals Orientierung fehlt.

Bereits im Rahmen meines Studiums in Greenwich konnte ich ethische Kurse besuchen. In Basel ergab sich die Möglichkeit, diesen ethischen Schwerpunkt im Rahmen des Psychologiestudiums zu vertiefen und ein Diploma Supplement im Transfakultären Querschnittsprogramm Angewandte Ethik zu erwerben. Im Anschluss daran bot der innovative Studiengang des Doktorats in Medizin- und Gesundheitsethik für mich eine anspruchsvolle Ergänzung zur praktischen Arbeit als Psychotherapeutin. Neben vielen fruchtbaren Gesprächen mit Kollegen/innen über Ethik und Therapiefehler, haben der interdisziplinäre Austausch im medizinethischen Forschungskolloquium sowie diverse Fortbildungsveranstaltungen meine Arbeit als Psychotherapeutin nachhaltig bereichert.

7.2 Tabellarischer Lebenslauf

von Irina Medau, geb. Straub

Stand September 2012



17.08.1978	Geboren in München
1985-1998	Grundschule und Theodor-Heuss Gymnasium in Schopfheim
1998-1999	Sprachaufenthalt in England
1999-2002	Bachelor of Science Studium in Psychologie an der University of Greenwich
2002- 2004	Master of Science Studium in klinischer Psychologie an der Universität Basel
2005- 2008	Vollzeit-Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin an der Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung (API) an der Universität Potsdam. Praktische Tätigkeit im König Elisabeth Herzberge Krankenhaus Berlin und in der Psychologisch-Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Potsdam. Approbation zur Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin in Verhaltenstherapie im September 2008.
2005	Beginn der Dissertation unter Supervision von Frau Prof. Reiter-Theil am Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik der Universität Basel zum Thema „Behandlungsfehler in der Psychotherapie“ in Teilzeit

2009	Anstellung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des St. Elisabethen Krankenhauses
Juni 2010	1 Jahr Erziehungsurlaub
ab Juni 2011	Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des St. Elisabethen Krankenhauses