



# Wenn etwas schief geht

Kommunizieren und Handeln  
nach einem Zwischenfall

Ein Konsens-Dokument der Harvard Spitäler

Mit Erlaubnis von Prof. Lucian Leape (Harvard School of Public Health)  
von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz ins Deutsche  
übersetzt und herausgegeben. Nunmehr herausgegeben von:  
Österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)

Stand: Dezember 2009

## Die Österreichische Plattform Patientensicherheit (Austrian Network for Patient Safety ANetPAS)

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit wurde auf Initiative des Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend und in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Netzwerk Patientensicherheit (EUNetPAS) 2008 gegründet. Ziel dieses Expertenforums ist die Schaffung eines unabhängigen nationalen Netzwerkes, dem alle relevanten Einrichtungen und ExpertInnen und Experten des österreichischen Gesundheitssystems angehören, die sich mit Patientensicherheit beschäftigen. Im Vordergrund des Expertenforums steht die Förderung der Patientensicherheit in Österreich durch Forschung, Koordination von Projekten und Information.

Die Plattform Patientensicherheit ist ein gemeinnütziger Verein, der am Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien angesiedelt ist. Obfrau ist Dr. Brigitte Ettl (Ärztliche Direktorin Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel). Geschäftsführerin ist Dr. jur. Maria Kletečka-Pulker (Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien).

### Aktivitäten:

- ▶ Tagungen
- ▶ Ausarbeitung von Empfehlungen
- ▶ Präsentation österreichischer Projekte und Initiativen im Bereich Patientensicherheit
- ▶ Bereitstellung von Informationen
- ▶ Kooperation und Veranstaltungen mit internationalen Institutionen und Netzwerken

### Austrian Network for Patient Safety (ANetPAS)

c/o Forschungsplattform der Universität Wien  
Institut für Ethik und Recht in der Medizin  
A-1090 Wien · Spitalgasse 2 - 4 · Hof 2  
Telefon: +43 (0) 1 4277 22 202  
Telefax: +43 (0) 1 4277 92 22  
E-Mail: [maria.kletecka-pulker@univie.ac.at](mailto:maria.kletecka-pulker@univie.ac.at)  
[www.plattform-patientensicherheit.at](http://www.plattform-patientensicherheit.at)

### Impressum

Vereinsname: Österreichische Plattform Patientensicherheit (Austrian Network for Patient Safety ANetPAS)  
Rechtsform: Verein gemäß Bundesgesetz über Vereine (Vereinsgesetz 2002-VerG)  
Adresse: 1090 Wien, Spitalgasse 2-4, Hof 2.8, Österreich, c/o: Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien)  
Telefon: +43 (0) 1 4277 22201  
Telefax: +43 (0) 1 4277 9222  
E-Mail: [maria.kletecka-pulker@univie.ac.at](mailto:maria.kletecka-pulker@univie.ac.at)  
ZVR-Zahl: 916782072

Grafik-Design und Satz: Peter Hermes Furian, Salzburg, [www.furian.at](http://www.furian.at)

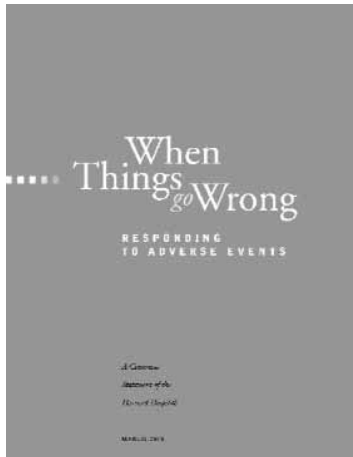
# Wenn etwas schief geht

## Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall

Ein Konsens-Dokument der Harvard Spitäler

Mit Erlaubnis von Prof. Lucian Leape (Harvard School of Public Health)  
von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz ins Deutsche  
übersetzt und herausgegeben. Nunmehr herausgegeben von:  
Österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)





Das Konzept und die Prinzipien in diesem Dokument werden einstimmig unterstützt durch die Harvard Ausbildungsinstitutionen:

- ▶ Beth Israel Deaconess Hospital Brigham and Women's Hospital Cambridge Health Alliance Children's Hospital
- ▶ Dana-Farber Cancer Institute
- ▶ Faulkner Hospital
- ▶ Joslin Diabetes Center
- ▶ Harvard Vanguard Medical Associates Massachusetts Eye and Ear Infirmary Massachusetts General Hospital
- ▶ Mclean Hospital
- ▶ Mount Auburn Hospital Newton-Wellesley Hospital North Shore Hospital
- ▶ Spaulding Rehabilitation Hospital
- ▶ VA Boston Healthcare System

Copyright © 2006 Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors

Alle Rechte vorbehalten. Das ganze Dokument oder Teile daraus dürfen für Ausbildung und not-for-profit-Gebrauch verwendet und kopiert werden. Das Dokument darf in keiner Form für kommerziellen for-profit-Gebrauch verwendet werden.

Das Dokument kann über [www.macoalition.org](http://www.macoalition.org) in der englischen Originalversion bezogen werden (Gratis-Download). Die deutsche Version der Stiftung für Patientensicherheit kann bezogen werden über die Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich, +41 (0)43 243 76 70, [info@patientensicherheit.ch](mailto:info@patientensicherheit.ch) oder über [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch).

#### Zur Übernahme des Dokumentes durch die Stiftung für Patientensicherheit

Prof. Lucian Leape ist weltweit einer der wichtigsten Vordenker und Initianten der Patientensicherheitsbewegung. Er war Kinderchirurg und ist heute Health Policy Analyst an der Harvard School of Public Health. Er war Leiter der Full Disclosure Arbeitsgruppe und als solcher zentraler Mitverfasser des amerikanischen Originaldokumentes. Auf Anfrage durch die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz hat er erlaubt, das Papier zu übersetzen und im deutschsprachigen Raum zu verbreiten. Dafür sei herzlich gedankt.

#### Zur Übersetzung ins Deutsche bzw. Adaption für unseren Sprachraum

Der Text wurde möglichst originalgetreu übersetzt. Da der Text in seinen Aussagen als generell gültig betrachtet werden kann, waren nur wenige Anpassungen oder Ergänzungen notwendig. Dort, wo solche vorgenommen wurden, werden sie als Anmerkungen der Herausgeber (= Stiftung für Patientensicherheit Schweiz) bezeichnet.

#### Zur Geschlechterverwendung

Im Text wird – der besseren Lesbarkeit halber – die männliche Form verwendet. Frauen sind selbstverständlich immer mitgemeint.

# Inhalt

Vorwort der Plattform Patientensicherheit Österreich	6
Vorwort der Full Disclosure Arbeitsgruppe Harvard	7
<b>Einleitung</b>	9
<b>I. Definitionen</b>	12
<b>Der Patient und seine Familie</b>	14
<b>II. Die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie</b>	14
<b>A Die initiale Kommunikation: Was und Wann</b>	14
<b>B Die initiale Kommunikation: Wer und Wie</b>	21
<b>C Follow-Up-Kommunikation</b>	23
<b>III. Die Unterstützung für den Patienten und seine Familie</b>	24
<b>IV. Die Follow-Up-Betreuung des Patienten und seiner Familie</b>	28
<b>Medizinische Betreuung</b>	30
<b>V. Die Unterstützung der Betreuungspersonen</b>	30
<b>VI. Training und Schulung</b>	32
<b>Management des Ereignisses</b>	35
<b>VII. Die Elemente einer Krankenhauspolitik zum Management von Zwischenfällen</b>	35
<b>VIII. Die Erstreaktion auf das Ereignis</b>	36
<b>IX. Die Analyse des Ereignisses</b>	38
<b>X. Die Dokumentation</b>	41
<b>XI. Die Berichterstattung</b>	43
<b>Anhänge</b>	45
<b>ANHANG A – Worte für die Kommunikation mit den Patienten</b>	45
<b>ANHANG B – Eine Fallstudie zur Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie</b>	46
<b>ANHANG C – Elemente einer Unterstützung medizinischer Betreuer</b>	48
<b>ANHANG D – Kommunikationstraining</b>	51
<b>ANHANG E – JCAHO-Bibliographie über Offenlegung medizinischer Zwischenfälle (Medical Error Disclosure)</b>	52
<b>Literaturreferenzen</b>	55
Weitere Literatur zum Thema Offenlegung medizinischer Zwischenfälle (Medical Error Disclosure)	57
<b>Adressen</b>	58

# Vorwort

## der Plattform Patientensicherheit Österreich

### Der Schlüssel heißt Offenheit

Wo gearbeitet wird, passieren Fehler. Während das in anderen Branchen hauptsächlich mit finanziellen Einbußen oder Imageverlust verbunden ist, stehen im Gesundheitsbereich ungleich wichtigere Dinge auf dem Spiel, nämlich die Gesundheit und das Leben von Patienten. Dessen sind sich alle, die im Gesundheitsbereich arbeiten, bewusst und es ist selbstverständlich, dass jeder sich um Fehlervermeidung bemüht. Eine perfekte Quote zu erreichen, wird dennoch nicht möglich sein. Deshalb ist es wichtig, mit den Fehlern, die passieren, richtig umzugehen – das heißt, aus ihnen zu lernen und sie nicht zu wiederholen. Leider gibt es in Österreich noch keine lange Tradition in puncto Fehlerkultur. Zu oft ist das Eingeständnis eines Fehlers noch mit der Angst vor harten Konsequenzen verbunden. Es darf uns aber nie darum gehen, einen „Schuldigen“ zu identifizieren, sondern wir müssen die Fehlerquellen im System entdecken und unschädlich machen. Das wird nur gelingen, wenn jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter im Krankenhaus genug Vertrauen aufbringen kann, um einen eigenen Fehler zu melden und zur Diskussion zu stellen. Erste Schritte wurden bereits getan. Eine Reihe von unterschiedlichen Reporting- und Learning-Systems (R&L) haben sich in den letzten Jahren etabliert. Besonders begrüßenswert ist die Einführung von Zirsmedical.at, welches ein österreichweites, anonymes R&L-System, das sich an alle im Gesundheitswesen Tätigen wendet. Um wirklich eine Veränderung in der Sicherheitskultur zu erreichen, müsste zuerst der gesetzliche „Boden“ bereitet werden (z. B. Straffreiheit in Hinblick auf die berichtenden Personen). Angehörige von Gesundheitsberufen, die haftungsrechtliche Konsequenzen oder versicherungsrechtliche Schlechterstellung befürchten müssen, werden kein Interesse daran haben, etwaige Fehler frei auf den Tisch zu legen.

Dabei wäre der offene Umgang mit unerwünschten Ereignissen gerade für die Mitarbeiter des Gesundheitssystems eine große Erleichterung. Sie leiden ebenfalls unter Fehlern, die ihnen unterlaufen und werden nicht umsonst als „Second Victims“ bezeichnet. Die Angst vor Fehlern führt zu neuen Fehlern – ein Teufelskreis, den man nur durch Offenheit unterbrechen kann. Transparenz ist das beste Mittel gegen Angst, fördert das unbelastete Arbeiten – und kommt in jedem Fall den Patienten zugute. Denn auch und vor allem mit ihnen muss die offene Kommunikation gesucht werden, wenn ein Fehler passiert ist. Viele Klagen werden hauptsächlich aus dem Motiv der Wahrheitsfindung heraus angestrengt. Ein empathischer, ehrlicher und offener Umgang mit den Tatsachen – ob sie nun aus einem Fehler resultieren oder schicksalhaft sind – kann Patientinnen und Patienten wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Gang zum Gericht und vor allem viel Leid ersparen. Als „Plattform Patientensicherheit“ wollen wir die Forschung und Information zu Themen der Patientensicherheit fördern und nationale wie internationale Projekte und Arbeitsgruppen koordinieren. Im Moment konzentrieren wir uns darauf, die österreichische Ist-Situation zu erheben, bereits bestehende Projekte zu vernetzen und den Erfahrungsaustausch zu fördern. Thematisch richtet sich unser Hauptaugenmerk derzeit auf die Themen Sicherheit im OP, Medikationssicherheit, Indikatoren für Patientensicherheit und Patienten- bzw. Angehörigenkommunikation nach einem Zwischenfall. Mit der Herausgabe dieser Broschüre wollen wir eine Initiative starten, die das Ziel hat, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen die Kommunikation nach einem Zwischenfall durch Wissen um eine professionelle Kommunikation zu erleichtern.

Dr. Brigitte Ettl  
Obfrau der Plattform Patientensicherheit

Dr. Maria Kletečka-Pulker  
Geschäftsführerin der Plattform Patientensicherheit

# Vorwort

## der Full Disclosure Arbeitsgruppe Harvard

Angesichts der sehr unterschiedlichen Art und Weise, in der sowohl Harvard-Kliniken als auch andere Krankenhäuser in den USA mit Patienten über Fehler und unerwünschte Ereignisse kommunizieren, traf sich im März 2004 eine Gruppe von Risikomanagern und Klinikmitarbeitern aus mehreren Harvard-Universitätskliniken, der School of Public Health und der Risk Management Foundation (Malpractice Captive for the Harvard Teaching Institutions), um Probleme im Umfeld dieses Themas zu untersuchen und zu diskutieren. Wir kamen rasch überein, dass es sinnvoll sei, alle Aspekte der Reaktionen einer Institution auf unvorhergesehene Ereignisse zu berücksichtigen und zu versuchen, ein evidenzbasiertes Dokument über diese schwierige Problematik auszuarbeiten. Die Arbeitsgruppe traf sich einmal monatlich und erweiterte sich rasch durch Einbeziehung von Patienten und gesetzlichen Vertretern.

Das aus dieser Arbeit resultierende Dokument wurde im April 2005 an alle Harvard-Kliniken mit dem Ersuchen versandt, es in breitem Rahmen zu diskutieren, zu kritisieren und entsprechend zu modifizieren. Dies hatte zum Ziel, nach Möglichkeit ein Konsens-Dokument hervorzubringen, das von allen Harvard-Kliniken und der Risk Management Foundation gebilligt wird und als Grundlage zur Entwicklung spezifischer institutioneller Praktiken und Verfahren dienen kann.

Die Reaktionen auf den Entwurf waren überwältigend positiv. Es wurde jedoch eine Reihe von Modifikationen vorgeschlagen, insbesondere hinsichtlich einer Differenzierung zwischen den Reaktionen auf vermeidbare und nicht vermeidbare unerwünschte Ereignisse sowie auf Fragen von Entschädigung und Schulung. Das Dokument wurde unter Einbeziehung dieser Änderungen revidiert und erneut an alle Kliniken versandt. Die Ideen und Prinzipien dieses endgültigen Dokuments werden jetzt von allen Harvard-Universitätskliniken unterstützt und von ihnen verwendet, um spezifische Verfahren und Praktiken zur Implementierung der Empfehlungen zu entwickeln.

Das Dokument gliedert sich in drei Hauptteile:

- ▶ Der Patient und seine Familie (Abschnitte II–IV)
- ▶ Medizinische Betreuer (Abschnitte V, VI) und
- ▶ Management des Ereignisses (Abschnitte VII–XI)

Jeder der Hauptabschnitte gliedert sich in drei Teile:

- ▶ Eine kurze Zusammenfassung des Expertenkonsenses zu diesem Problem
- ▶ Die Argumentation und Evidenz hinter dem Konsens
- ▶ Empfehlungen

**Mitglieder der Full Disclosure Arbeitsgruppe**

- > **Janet Barnes**  
RN, JD, Director, Risk Management, Brigham & Women's Hospital
- > **Maureen Connor**  
RN, MPH, VP for Quality Improvement and Risk Management, Dana-Farber Cancer Institute
- > **Connie Crowley-Ganser**  
RN, MS, Principal, Quality HealthCare Strategies
- > **Thomas Delbanco**  
MD, General Medicine and Primary Care, Beth-Israel Deaconess Medical Center
- > **Frank Federico**  
BS, RPh, Director, Institute for Healthcare Improvement
- > **Arnold Freedman**  
MD, Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute
- > **Mary Dana Gershanoff**  
Patient, Co-chair, Dana-Farber Adult Patient & Family Advisory Council
- > **Robert Hanscom**  
JD, Director, Loss Prevention & Patient Safety, Risk Management Foundation
- > **Cyrus C. Hopkins**  
MD, Director, Office of Quality and Safety, Massachusetts General Hospital
- > **Gary Jernegan**  
Parent, Co-chair, Dana-Farber Pediatric Patient & Family Advisory Council
- > **Hans Kim**  
MD, MPH, Medical Director, Clinical Effectiveness, Beth-Israel Deaconess Medical Center
- > **Lucian Leape**  
MD, Health Policy Analyst, Harvard School of Public Health, Chair
- > **David Roberson**  
MD, Program for Patient Safety and Quality, Children's Hospital
- > **John Ryan**  
JD, Attorney, Sloane & Wal, Risk Management Foundation
- > **Luke Sato**  
MD, Chief Medical Officer and Vice President, Risk Management Foundation
- > **Frederick Van Pelt**  
MD, Director, Out-of-OR Anesthesia, Brigham & Women's Hospital



# Einleitung

Seit der Jahrhundertwende steht die Reform des Umgangs mit medizinischen Fehlern und medizinischem Fehlverhalten in den Vereinigten Staaten zunehmend im Brennpunkt der Gesundheitsdebatte (genauso in Europa; Anmerkung der Stiftung). Patienten, Politiker, Entscheidungsträger und medizinische Berufsgruppen schlagen sich ständig mit einer bemerkenswerten Prävalenz von Behandlungsfehlern und ihren Konsequenzen herum, sei es, dass es sich um «Beinahe-Zwischenfälle (near misses)» [Vorkommnisse, die unerwünschte Folgen hätten haben können, im konkreten Fall aber nicht hatten] oder um Fehler handelt, die dem Patienten tatsächlich Schaden zugefügt haben. Die Debatte reicht von gesetzlichen Beschränkungen finanzieller Entschädigungen in Behandlungsfehlerprozessen bis zu ethischen und moralischen Imperativen im Zusammenhang mit klinischen Zwischenfällen, sei es im Krankenhaus oder im ambulanten Betrieb.

Angst vor der Haftung bei Behandlungsfehlern, Probleme bei der Kommunikation der schlechten Nachricht und Konfusion hinsichtlich Verursachung und Verantwortlichkeit haben über lange Zeit umfassende und mutige Initiativen behindert, welche den Umgang mit den Patienten, ihrer Familien und des Klinikpersonals mit medizinischen Fehlern verändern sollten. Die laufenden Diskussionen und Untersuchungen bieten jedoch eine besondere Gelegenheit, fehlergenerierende Umstände zu erforschen und eine grundlegende Änderung der Art und Weise, wie Institutionen mit Patientensicherheit und medizinischen Fehlern umgehen, zu planen, zu implementieren und zu analysieren.

Dieses Konsens-Dokument untersucht den potenziellen Nutzen und die möglichen Risiken einer institutionellen Reaktion, die sich deutlich von jener unterscheidet, wie sie heute von den meisten Kliniken gewählt wird. Es zielt auf eine rasche und uneingeschränkte Offenlegung sowie auf die emotionale Unterstützung der Patienten und ihrer Familien ab, die von schweren Zwischenfällen betroffen sind. Es befasst sich auch mit Möglichkeiten, in solche Zwischenfälle involvierte Klinikmitarbeiter zu unterstützen und zu schulen, und skizziert die administrativen Komponenten einer umfassenden institutionellen Politik.

Zweck dieses Dokuments ist das einvernehmliche Übereinkommen über Prinzipien, die den einzelnen Krankenhäusern dazu dienen sollen, spezifische institutionelle Vorgehensweisen zu entwickeln und zu implementieren. Es versucht nicht, diese Vorgehensweisen und Praktiken vorzuschreiben, sondern ermutigt zu ihrer Weiterentwicklung sowie zu einer großen Vielfalt von Implementierungs-Initiativen. Ziel ist, das Klinikpersonal und die Krankenhäuser zu stimulieren, ihre eigenen, klaren, definierten, expliziten und wirksamen Strategien zu entwickeln, um mit dem von solchen Ereignissen verursachten anhaltenden Leiden umzugehen und diese, wo immer möglich, zu vermeiden.

## Vorgeschichte

In seinem richtungweisenden Bericht «Irren ist menschlich (To Err Is Human)» aus dem Jahr 1999 erklärt das Institute of Medicine (IOM), dass iatrogene Schäden eine Hauptursache vermeidbarer Todesfälle sind, und fordert vom Gesundheitssystem, die Reduktion der Häufigkeit von Behandlungsfehlern zu seiner Priorität zu machen.<sup>1</sup> Das IOM unterstreicht die Lehren aus der Industrie, die zeigen, dass die Hauptursachen von Fehlern und Unfällen in fehlerhaften Systemen zu suchen sind. Es empfiehlt

mit Nachdruck den Gesundheitsorganisationen, sich wesentlich stärker zu bemühen, durch Neugestaltung der Systeme die Sicherheit zu fördern. Als Reaktion darauf wurde eine bedeutende nationale Bewegung zur Neugestaltung der Gesundheitssysteme ins Leben gerufen.

In seinem nachfolgenden Bericht «Die Qualitätskluft überwinden (Crossing the Quality Chasm)» schlägt das IOM sechs Ziele für die Neugestaltung der medizinischen Versorgung vor. Es fordert die Gesundheitsorganisationen auf, eine sichere, wirksame, patientenorientierte, zeitgerechte, effiziente und gerechte medizinische Versorgung zu bieten.<sup>2</sup>

Die Krankenhäuser müssten sich mehr darum bemühen, das Patienteninteresse an die erste Stelle zu stellen. Es weist darauf hin, dass sich in der Art und Weise, in der eine Institution auf Zwischenfälle reagiert, ihre Fortschritte auf dem Weg zu einer lernenden Organisation widerspiegeln.

### Leitende Prinzipien

Hinsichtlich der Reaktion auf Zwischenfälle bestimmen zwei Prinzipien die Empfehlungen dieses Dokuments: Die medizinische Betreuung muss sicher und sie muss patientenorientiert sein.

**Die medizinische Betreuung muss sicher sein.** Krankenhäuser müssen «lernende Organisationen» werden. Peter Senge definiert diese als Organisationen, die «kontinuierlich ihre Fähigkeit erweitern, jene Ergebnisse zu erzielen, die sie wirklich wollen».<sup>3</sup>

Wir müssen uns der schonungslosen Selbstprüfung und kontinuierlichen Verbesserung verpflichten. Wenn etwas schief geht, wird dies zur zweifachen Verpflichtung: unser Engagement für den geschädigten Patienten zu intensivieren und andererseits unsere Systeme so zu ändern, dass künftig Fehler vermieden werden.

**Die medizinische Versorgung muss patientenorientiert sein.** Nach einem Zwischenfall ist es oberstes Gebot, den Patienten zu unterstützen und die ärztliche Beziehung aufrecht zu erhalten. Patienten und ihre Familien haben ein Recht darauf, Details der Zwischenfälle und ihre Folgewirkungen zu erfahren. Die Kommunikation soll offen, zeitgerecht und kontinuierlich erfolgen. Wir müssen die Gegnerschaft beseitigen, die durch eine geheimnistuerische, haftungsorientierte Einstellung zur Patientenkommunikation gefördert wird. Der medizinische Betreuer hat die Aufgabe, Trost und Unterstützung zu bieten und das ganze Spektrum der Patientenbedürfnisse zu berücksichtigen. Offenheit und Kooperation sind hierbei von größter Bedeutung.

Hier handelt es sich um ein moralisches Argument und nicht um einen Geschäftsfall oder eine evidenzbasierte klinische Leitlinie. Wo es publizierte Daten oder empirische Nachweise zur Unterstützung einer Vorgangsweise gibt, werden wir diese zitieren, aber unsere primäre Begründung ist eine moralische. Wir verpflichten uns zur uneingeschränkten Offenlegung, da dies die richtige Handlungsweise ist. Der Patient und seine Familie haben ein Recht zu wissen, was geschehen ist. Darüber hinaus fördert eine ehrliche Kommunikation das Vertrauen zwischen Patient und ärztlichem Betreuer, so dass die Betreuung des Patienten im Mittelpunkt der Arzt-Patientenbeziehung bleibt. Ein offenes Gespräch über Fehler kann die Patientensicherheit dadurch verbessern, dass sie die Klinikmitarbeiter ermutigt, nach Systemverbesserungen zu suchen, welche die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens minimieren.

### Wie sollte eine Institution reagieren?

Ein schwerer Zwischenfall sollte eine Flut von Reaktionen auslösen. Die erste Sorge muss sein, weiteren Schaden des Patienten zu minimieren und sein Leiden zu lindern. Als nächstes folgt die Beweissicherung: Die Institutionen müssen sofort alle involvierten Medikamente, Geräte und Aufzeichnungen sichern. Die Mitglieder des medizinischen Teams und die zuständige administrative und klinische Leitung müssen von dem Ereignis umgehend in Kenntnis gesetzt werden. Der Patient und seine Familie sind so bald wie möglich über das Ereignis und die anfangs bekannten Fakten zu informieren. Sie werden wahrscheinlich emotionale und psychologische Unterstützung benötigen, und diese muss unverzüglich zur Stelle sein. Schließlich sind all diese Maßnahmen im Krankenbericht zu dokumentieren.

Auch die Betreuungspersonen werden, je nach Art des Ereignisses, Unterstützung benötigen. Sobald es die Umstände erlauben, sollten sich alle Involvierten an einer Analyse des Ereignisses beteiligen und nach den zugrunde liegenden Fehlern im System suchen.

Ziel dieser Analyse ist ein volles Verständnis der Umstände des Ereignisses, eine Identifikation der beteiligten Faktoren sowie die Entwicklung von praktischen Empfehlungen für Systemänderungen zur Verhinderung eines erneuten Eintretens. In Follow-Up-Treffen kommunizieren die mitwirkenden Teammitglieder die Ergebnisse der Analyse und die geplanten Änderungen. Nachfolgend gehen wir auf jedes einzelne dieser Elemente ein und konzentrieren uns auf die Frage, wie die Institution und die medizinischen Betreuer reagieren sollten.

Wir nähern uns diesen Problemen aus der Sicht des Patienten und fragen uns: «Was würde ich wollen, wenn ich durch eine Behandlung Schaden erlitten hätte?» Während Krankenhäuser und medizinische Betreuer unter Umständen konträre Interessen haben, wie z. B. die legitimen Bedenken hinsichtlich der gesetzlichen Verantwortung, ist unser Bezugsrahmen die einfache Frage: «Was muss getan werden?»

## I. Definitionen

Zur Bezeichnung schlechter Behandlungsergebnisse werden verschiedene Begriffe verwendet, was häufig zu Verwechslungen führt. Beispielsweise verlangt die JCAHO [Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations] in ihren Offenlegungsbestimmungen, die Patienten über «unvorhergesehene Folgen (unanticipated outcomes)» zu informieren, wobei versucht wird, zwischen Komplikationen durch die Behandlung und Komplikationen durch die Erkrankung zu unterscheiden. Dies hat jedoch zu Debatten darüber geführt, ob bestimmte Komplikationen der Behandlung wie postoperative Infektionen, die bekanntermaßen manchmal auftreten, als «vorhersehbar» angesehen werden und deshalb keiner Offenlegung bedürfen.

Eine weitere Quelle für Verwechslungen ist die synonyme Verwendung von Schädigung und Fehler. Um Verwechslungen zu vermeiden, verwenden wir in diesem Dokument die folgenden Definitionen der American Society of Healthcare Risk Management (ASHRM)<sup>4</sup>:

**Unerwünschtes Ereignis** (adverse event): Eine Schädigung, die durch das medizinische Management verursacht wurde und nicht durch die zugrunde liegende Erkrankung des Patienten; manchmal auch als «Schaden» (harm), «Schädigung» (injury) oder «Komplikation» (complication) bezeichnet.

- ▶ Ein unerwünschtes Ereignis kann, muss aber nicht das Ergebnis eines Fehlers sein. Siehe unten die weitere Klassifikation in vermeidbare und nicht vermeidbare unerwünschte Ereignisse.
- ▶ «Medizinisches Management» bezieht sich auf alle Aspekte der medizinischen Versorgung, nicht bloß auf Handlungen oder Entscheidungen von Ärzten oder Pflegepersonen.

**Behandlungsfehler** (medical error): Das Nicht-Erreichen eines beabsichtigten Ergebnisses mit der dafür vorgesehenen Vorgangsweise oder die Verwendung einer Vorgangsweise, die zur Erreichung eines Zieles nicht geeignet ist.

Zu den Behandlungsfehlern zählen «schwerwiegende Fehler» (serious errors), «geringfügige Fehler» (minor errors) und «Beinahe-Zwischenfälle» (near misses). (Beachte: Ein Behandlungsfehler kann, muss aber nicht einen Schaden verursachen. Ein Behandlungsfehler, der keinen Schaden verursacht, führt nicht zu einem unerwünschten Ereignis.)

Darüber hinaus geben wir folgende Definitionen:

**Schwerwiegender Fehler** (serious error): Ein Fehler, der das Potenzial hat, eine permanente Schädigung oder einen vorübergehenden, aber potenziell lebensbedrohlichen Schaden hervorzurufen.

**Geringfügiger Fehler** (minor error): Ein Fehler, der keinen Schaden verursacht oder hierzu nicht das Potenzial hat.

**Beinahe-Zwischenfall** (near miss): Ein Fehler, der einen Schaden hätte verursachen können, jedoch keine Auswirkung auf den Patienten hatte, da er «abgefangen» wurde.

**Vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (Preventable adverse event): Eine Schädigung (oder Komplikation), die aus einem Fehler oder Systemversagen resultiert. Selbst wenn darüber Einigkeit besteht, dass individuelle Fehler oft das Endergebnis eines Systemversagens sind, so werden sie dennoch von Patienten und Betreuern als sehr persönliche Ereignisse wahrgenommen. Es ist daher nützlich, zwischen drei Kategorien zu unterscheiden:

- ▶ Typ 1: Fehler des verantwortlichen Arztes.  
Beispiel: Technischer Fehler bei der Durchführung einer Maßnahme
- ▶ Typ 2: Fehler eines anderen Mitglieds des medizinischen Betreuungsteams  
Beispiele: Eine Pflegeperson verabreicht dem Patienten ein falsches Medikament;  
einem Arzt in Ausbildung unterläuft ein technischer oder Entscheidungsfehler;  
ein Radiologe übersieht eine Läsion.
- ▶ Typ 3: Systemversagen ohne Fehler einer Einzelperson  
Beispiele: Versagen der Infusionspumpe führt zur Überdosierung eines Medikaments;  
dem zuweisenden Arzt werden abnorme Laborwerte aufgrund eines Systemfehlers nicht  
übermittelt.

**Nicht vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (Unpreventable adverse event): Eine Schädigung (oder Komplikation), die nicht auf einen Fehler oder ein Systemversagen zurückzuführen ist, und die nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht immer vermeidbar ist. Man unterscheidet zwei Hauptkategorien:

- ▶ Typ 1: Häufige, gut bekannte Gefahren von Hochrisiko-Therapien. Die Patienten verstehen die Risiken und akzeptieren sie im Hinblick auf den Nutzen der Behandlung.  
Beispiel: Komplikationen der Chemotherapie
- ▶ Typ 2: Seltene, aber bekannte Risiken gewöhnlicher Behandlungen. Der Patient wurde nicht unbedingt im Voraus über die Risiken informiert. Beispiel: Nebenwirkungen von Medikamenten; bestimmte Wundinfektionen

**Zwischenfall** (incident): Ein unerwünschtes Ereignis oder schwerwiegender Fehler. Manchmal auch als «Ereignis» bezeichnet.

**Offenlegung** (disclosure): Übermittlung der Information über einen Zwischenfall an den Patienten und/oder seine Familie. Da dieser Begriff die Preisgabe vertraulicher Informationen suggeriert und auch ein Element der Wahl enthält, verwenden wir in diesem Dokument stattdessen den Ausdruck «Kommunikation», mit dem wir ein Gefühl der Offenheit und Wechselseitigkeit vermitteln wollen.

**Berichterstattung** (reporting): Übermittlung der Informationen über unerwünschte Ereignisse oder Fehler an eine zuständige interne oder externe Behörde. (Für weitere Details über die zu berichtenden Ereignisse siehe Abschnitt XI «Berichterstattung»).

# Der Patient und seine Familie

## II. Die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie

Nach einem Zwischenfall ist eine umgehende, mitfühlende und ehrliche Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie essentiell. Leider ist gerade dies jener Aspekt der Reaktion auf einen Zwischenfall, der am häufigsten schlecht bewältigt wird.

Wegen der emotionalen Auswirkungen dieser Ereignisse sowohl auf die Patienten als auch auf die medizinischen Betreuer kann sich die Kommunikation für alle Seiten schwierig gestalten (Hinzu kommt, dass aus Patientensicht äußerst kontraproduktive vermeintliche haftungsrechtliche Vorbehalte oder Vorwände eine patientengerechte Kommunikation behindern können, Anmerkung der Stiftung). Ein Versagen der Kommunikation verschlimmert die Schädigung für den Patienten und für die medizinischen Betreuer, und manche nehmen an, dass dies der Hauptgrund sei, wenn Patienten eine Behandlungsfehlerklage einreichen (und nicht so sehr der Fehler an sich!; Anmerkung der Stiftung).

Die Behandlung dieser komplexen Materie erfolgt in drei Abschnitten:

- A **Initiale Kommunikation:** Was wird mitgeteilt, und wann soll dies geschehen
- B **Initiale Kommunikation:** Wer gibt die Information und auf welche Weise
- C **Follow-Up-Kommunikation** während des Krankenhausaufenthalts

Die Kommunikation und weitere Begleitung nach der Krankenhausentlassung werden in Abschnitt IV behandelt.

### A Die initiale Kommunikation: Was und Wann

Der Patient und/oder seine Familie sind über jeden Zwischenfall vollständig und umgehend zu informieren – das heißt, über jedes unerwünschte Ereignis oder jeden schwerwiegenden Fehler, der sich auf den Patienten auswirkt. Bei Patienten und medizinischen Betreuern besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass es nicht sinnvoll ist, Patienten über geringfügige (harmlose) Fehler zu informieren. Beinahe-Zwischenfälle, also Fehler, die hätten schaden können, aber «abgefangen» wurden, sind besondere Fälle und erfordern individuell unterschiedliche Reaktionen. Die medizinischen Betreuer und die Spitalleitung müssen diese Frage diskutieren und sich auf eine Schwelle einigen, ab der zu informieren ist, ebenso auf die Begründung für die Festlegung dieser Schwelle. Dies kann eine schwierige Aufgabe sein aber konsistentes Handeln erfordert klare institutionelle Leitlinien.

Das Eintreten eines Zwischenfalls ist dem Patienten mitzuteilen, sobald dieser festgestellt wird und der Patient physisch und psychisch zur Aufnahme dieser Information in der Lage ist. Typischerweise sollte dies innerhalb von 24 Stunden nach der Entdeckung des Zwischenfalls geschehen. Ein frühzeitiges Eingeständnis ist für den Erhalt des Vertrauens wesentlich. Ist eine Kommunikation mit dem Patienten

nicht möglich, sollte die initiale Kommunikation mit jenen Familienmitgliedern oder Bevollmächtigten erfolgen, die den Patienten in den weiteren Gesprächen vertreten werden.

Die ersten Erklärungen sollten sich darauf konzentrieren, was geschah und wie sich dies auf den Patienten auswirken wird, sowohl hinsichtlich der unmittelbaren Auswirkungen als auch hinsichtlich der Prognose. Die Betreuungsperson sollte das Ereignis eingestehen, Bedauern zum Ausdruck bringen und erklären, was geschehen ist. Sollte es sich um einen offensichtlichen Fehler handeln, sollte der medizinische Betreuer diesen eingestehen, dafür die Verantwortung übernehmen, sich dafür entschuldigen und seine Entschlossenheit zum Ausdruck bringen, herauszufinden, warum dieser Fehler passiert ist.

Für Österreich: Um dies zu ermöglichen und zu fördern, ist der Schutz vor dienst- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen durch die Träger entsprechend zu gestalten. (Anm. ANetPAS)

Die Betreuungsperson sollte auch erklären, was getan wird, um die Auswirkung der Schädigung zu mildern. Die Erklärung, wie und warum das Ereignis eintrat, sollte so lange aufgeschoben werden, bis die Untersuchung abgeschlossen ist. Die Betreuungsperson sollte allerdings den Patienten und seine Familie davon informieren, dass die Ursachen des Ereignisses bereits untersucht werden und dass ihnen die Ergebnisse mitgeteilt werden, sobald sie verfügbar sind.

### **Argumentation und Evidenz**

Die Kommunikation mit Patienten und ihren Familien über Zwischenfälle ist ein wesentlicher Teil der Reaktion einer Institution auf unerwünschte Ereignisse. Eine offene und ehrliche Kommunikation ist für den Erhalt und die Wiederherstellung des Vertrauens sowie für die weitergehende und adäquate Betreuung entscheidend. In guten Zeiten – wenn es keine Probleme mit der medizinischen Betreuung gibt – ist es nicht schwer, Vertrauen zu erhalten. Der wirkliche Test ist der Erhalt des Vertrauensverhältnisses, wenn dieses durch ein Ereignis belastet wird. Die Art des Kommunikationsprozesses hat tief greifende Auswirkungen auf die Reaktionen der Patienten und ihrer Familien.

Auch ohne unerwünschte Ereignisse fühlen sich viele Patienten verletztlich, da sie krank sind und medizinische Hilfe benötigen. Daher zeigen Patienten ausgesprochen schwere und komplexe emotionale Reaktionen, wenn es zu unerwünschten Ereignissen kommt. Furcht, Angst, Depression, Wut, Frustration, Vertrauensverlust und ein Gefühl der Isolation sind häufige Reaktionen.<sup>5, 6</sup> Und nach ausgeprägten traumatischen und lebensbedrohenden Ereignissen können quälende Erinnerungen, emotionale Abstumpfung und Flashbacks auftreten.<sup>6</sup>

Diese Reaktionen können auch auftreten, wenn das Ereignis nicht auf einen Fehler zurückzuführen ist oder sogar, wenn bloß die Möglichkeit eines Fehlers im Rahmen der Einwilligungsgespräche diskutiert wurde.

Darüber hinaus kompliziert sich die Beziehung zwischen Patient und Arzt bzw. Patient und Pflegepersonal nach einem unerwünschten Ereignis, wenn dieses auf einem Fehler beruht. Die Patienten wurden ja gerade von jenen Menschen unabsichtlich geschädigt, denen sie vertrauten und von denen sie Hilfe erwarteten. Und sie werden nach dem unerwünschten Ereignis oft von jenen Klinikmitarbeitern betreut, die selbst in die Schädigung involviert waren. Selbst wenn die medizinischen Betreuer sympathisch, hilfsbereit und offen sind, empfinden die Patienten ihnen gegenüber dann wahrscheinlich widersprüchliche Emotionen.<sup>6</sup>

Die Reaktionen der Patienten und ihrer Familien auf Zwischenfälle werden sowohl vom Zwischenfall selbst als auch davon beeinflusst, wie mit dem Zwischenfall umgegangen wird.<sup>5, 7</sup> Ein inadäquates

oder unsensibles Management kann zu einer weiteren emotionalen Traumatisierung führen, während offenes Bekennen der Schädigung, Einfühlungsvermögen, gute Kommunikation und geschicktes Management korrigierender Maßnahmen das emotionale Trauma reduzieren können.<sup>5-7</sup>

Die Daten in der medizinischen Literatur lassen annehmen, dass die meisten Patienten über unerwünschte Ereignisse informiert werden wollen. In einer Umfrage unter 149 Patienten an einer universitären internistischen Ambulanz<sup>8</sup> in den USA beantworteten die Patienten Fragen über drei Szenarien von Behandlungsfehlern (geringfügig, mittelschwer, schwerwiegend). Achtundneunzig Prozent wollten ein gewisses Eingeständnis von Fehlern, sogar wenn diese Fehler geringfügig waren. Sowohl bei mittelschweren als auch bei schwerwiegenden Fehlern neigten die Patienten signifikant häufiger zu einer Klage, wenn der Arzt den Fehler nicht offen legte.

In einer britischen Umfrage glaubten 92% der Patienten, dass ein Patient immer informiert werden sollte, wenn eine Komplikation aufgetreten ist, und 81% der Patienten waren der Meinung, dass der Patient nicht nur über eine Komplikation zu informieren ist, sondern auch detaillierte Informationen über mögliche unerwünschte Folgen erhalten sollte.<sup>9</sup> In einer britischen Umfrage an 227 Patienten und Angehörigen, die eine Behandlungsfehlerklage eingebracht hatten, wollten die Kläger grössere Ehrlichkeit, ein Anerkennen der Schwere des erlittenen Traumas und die Versicherung, dass die Lektionen aus ihren Erfahrungen gelernt wurden.<sup>7</sup>

Patienten, die durch einen ärztlichen Fehler geschädigt wurden, können sich verletzt, betrogen, abgewertet, erniedrigt und verängstigt fühlen. Durch die Übernahme der Verantwortung und seine Entschuldigung anerkennt der Arzt diese Gefühle, zeigt Verständnis für ihre Auswirkung und beginnt mit der Wiedergutmachung.

Die Entschuldigung hilft dem Patienten, seine Würde wiederzugewinnen und den Heilungsprozess einzuleiten. Sie hilft auch dem Arzt, mit seinem eigenen emotionalen Trauma umzugehen. Wird andererseits ein Fehler nicht eingestanden und kein Bedauern ausgedrückt, bedeutet dies, dass durch fehlende Respektierung der Situation des Patienten «dem Schaden noch eine Beleidigung hinzugefügt wird».

Die offene Kommunikation durch den einzelnen klinischen Mitarbeiter und Risikomanager benötigt eine starke Unterstützung durch klar definierte und einheitliche Leitlinien und Direktiven der Krankenhausleitung. Es ist schwer für einen klinischen Mitarbeiter, aufgetretene Probleme ehrlich und offen zuzugeben, wenn er nicht durch das obere Management unterstützt wird.

Entsprechendes gilt für die Gestaltung der Haftpflichtversicherung. (Anm. ANetPAS)

## Empfehlungen

Die medizinischen Betreuer sollten den Patienten und/oder seine Familie umgehend über jedes unerwünschte Ereignis oder jeden Fehler informieren, wenn der Patient davon betroffen war, auch wenn daraus kein Schaden entstanden ist. Geringfügige Fehler, die keine Auswirkungen auf den Patienten haben, müssen nicht mitgeteilt werden. Gespräche über Beinahe-Zwischenfälle, also schwerwiegende Fehler, die noch «abgefangen» wurden, sollten sich nach der individuellen Situation richten. Ist der Patient sich des Fehlers bewusst oder hilft das Wissen um einen Fehler, ein erneutes Auftreten zu verhindern, sollte der Patient informiert werden. Bestehen Zweifel, ob eine Kommunikation erforderlich ist, sollte der medizinische Betreuer einen internen Experten wie den Risikomanager, den Sicherheitsbeauftragten oder die Spitalleitung konsultieren.



Die medizinischen Betreuer sollten offen und ehrlich über den Zwischenfall sprechen sowie darüber, was getan wird, um die Schädigung zu mildern und ein Wiederauftreten zu verhindern. Eine ehrliche Kommunikation vermittelt Respekt gegenüber dem Patienten. Wird das Ereignis nicht zugegeben, ist das unter Umständen für den Patienten äußerst quälend und ein starker Anreiz für eine Beschwerde oder eine Klage.

Auch wenn das Ereignis eindeutig nicht auf einen Fehler zurückzuführen ist (d.h. auf ein nicht vermeidbares unerwünschtes Ereignis vom Typ 1 oder 2) oder seine Ursache nicht bekannt ist, sollte der medizinische Betreuer sein Bedauern aussprechen (es tut uns leid, dass das geschehen ist), erklären, was geschah und mit dem Patienten besprechen, was getan wird, um weitere Schäden zu lindern. Dabei ist es wichtig, dass der Patient versteht, dass es sich bei der Schädigung nicht um die Folge eines Fehlers in der medizinischen Betreuung handelt, sondern um ein inhärentes Risiko. Dies ist relativ einfach, wenn das Komplikationsrisiko hoch und dem Patienten wohlbekannt ist, wie etwa in der Chemotherapie (Typ 1).

Auf weniger häufige nicht vermeidbare Ereignisse (Typ 2) reagiert der Patient meist mit der anfänglichen Vermutung, dass jemand einen Fehler gemacht habe, selbst wenn die Einholung der aufklärenden Einwilligung mit größtmöglicher Sorgfalt erfolgte. Deshalb ist es wichtig, dem Patienten umfassend und geduldig zu erklären, was geschah, auch wenn die Sache dem medizinischen Betreuer einfach und klar erscheint. Es ist für den Patienten äußerst wichtig, zu erkennen, dass das medizinische Team die Schädigung ernst nimmt und ihr Eintreten bedauert, aber auch, dass es nicht in seinen Händen lag, das Ereignis zu verhindern.

Ist nicht klar, ob die Schädigung auf einen Fehler zurückzuführen ist, ist das Ereignis einzugestehen und es sollte, wie oben beschrieben, Bedauern ausgedrückt werden. Es ist jedoch wichtig, nicht voreilig Schlüsse zu ziehen, sich selbst oder Anderen Vorwürfe zu machen oder die Verantwortung für ein Ereignis zu übernehmen, bevor nicht alle Fakten bekannt sind. Dem Patienten sollte eine vollständige Untersuchung zugesagt werden, mit der Verpflichtung, ihn zu informieren, sobald mehr bekannt ist.

Wurde ein Ereignis durch einen Fehler oder ein sonstiges Systemversagen (vermeidbare unerwünschte Ereignisse Typ 1 – 3) verursacht, ist eine umfassendere Erklärung angebracht, ebenso wie eine Entschuldigung und eine Mitteilung, was getan wird, um bei künftigen Patienten ein nochmaliges Auftreten zu verhindern. Die Hauptverantwortung für die Kommunikation mit dem Patienten liegt beim verantwortlichen (Kader-)Arzt, der für die Betreuung des Patienten zuständig ist, gleichgültig, wem der Fehler unterlaufen ist oder welches System versagt hat.

#### Allgemeine Prinzipien bezüglich der Offenlegung unmittelbar nach einem Zwischenfall:<sup>11</sup>

- ▶ Berichten Sie nur die Fakten des Zwischenfalls – was passierte, nicht wie und weshalb es Ihrer Ansicht nach zu den Folgen kam.
- ▶ Geben Sie verlässliche Informationen zeitgerecht bekannt, sobald sie verfügbar sind.
- ▶ Erklären Sie Ihre Empfehlungen für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
- ▶ Erklären Sie die Auswirkungen für die Prognose.

Die Kommunikation von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen umfasst vier wesentliche Schritte:

**1 Sagen Sie dem Patienten und seiner Familie, was geschehen ist.** Sagen Sie jetzt was geschehen ist; heben Sie die Details des wie und warum für später auf.<sup>10</sup> Die Bestimmung der Ursachen eines unerwünschten Ereignisses erfordert eine sorgfältige Analyse und braucht Zeit. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Patient und seine Familie sofort Antworten wollen. Unmittelbar nach einem unerwünschten Ereignis sollten Sie daher das Gespräch auf die bekannten Fakten beschränken und Spekulationen vermeiden. Spekulationen und vorläufige Schlussfolgerungen werden von Patienten und ihren Familien häufig als definitiv interpretiert. Es liegt in der Natur der Untersuchung von Zwischenfällen, dass die ersten Eindrücke häufig durch nachfolgende, sorgfältige Analysen widerlegt werden. Wenn spekulative Informationen an die Patienten und ihre Familien weitergegeben und später durch die Ergebnisse einer sorgfältigen Analyse widerlegt werden, sind die Klinikmitarbeiter gezwungen, sich selbst zu korrigieren, was ihre Glaubwürdigkeit und die Glaubwürdigkeit künftiger Informationen in Frage stellt. Die Schlussfolgerungen der Analyse des unerwünschten Ereignisses und die Systemänderungen, die unerwünschte Ereignisse verhindern sollen, sollten mit dem Patienten und seiner Familie später diskutiert werden, wenn diese Informationen verfügbar sind. Das Zurückhalten verfügbarer Informationen, die der Patient umgehend erhalten sollte, ist allerdings inakzeptabel.

**2 Übernehmen Sie die Verantwortung.** Gleichgültig, ob der Zwischenfall auf eine spezifische Handlung zurückzuführen ist oder nicht, sollte der verantwortliche (Kader-) Arzt dem Patienten oder der Familie gegenüber die Verantwortung übernehmen. Die Übernahme der Verantwortung für ein unerwünschtes Ereignis ist ein wesentlicher Schritt im Rahmen der vollständigen Information über das Ereignis. Als jene Person, welcher der Patient seine medizinische Betreuung anvertraut, muss der verantwortliche (Kader-)Arzt die Verantwortung übernehmen, selbst wenn tatsächlich nicht ihm selbst jener Fehler unterlaufen ist, der die Schädigung verursacht hat. Die Gesamtverantwortung und Haftung für ein unerwünschtes Ereignis liegt beim Krankenhaus. In der Folge eines schwerwiegenden Ereignisses ist es daher die Pflicht der Organisation und ihrer Leiter, ebenfalls Verantwortung zu übernehmen und dem Patienten und seiner Familie diese Verantwortlichkeit und das Bedauern zum Ausdruck zu bringen. Da jedes Ereignis einzigartig ist, sollten die Leiter der Organisation und das Klinikpersonal ihre Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie koordinieren.

Auf den ersten Blick mag es merkwürdig erscheinen, dass der Arzt in Situationen, in denen er mit einem unerwünschten Ereignis nichts zu tun hatte, hierfür die Verantwortung übernehmen sollte. In diesem Zusammenhang bedeutet die Übernahme der Verantwortung jedoch nicht, dass er die alleinige Schuld für das unerwünschte Ereignis auf sich nimmt. Zu dem unerwünschten Ereignis trug vermutlich eine ganze Reihe von Faktoren bei, von denen sich viele der menschlichen Kontrolle entzogen. Als Leiter des Teams ist der Arzt jedoch ein integrierender Teil des klinischen Systems, das den betreffenden Patienten betreut. Es ist verständlich, dass der Patient und seine Familie davon ausgehen, dass er für die Betreuung verantwortlich ist. Die Patienten erwarten von ihrem Arzt Betreuung und Trost und dass er dafür sorgt, dass alles für sie geschieht. Der Patient möchte, dass jemand für ihn verantwortlich ist und die Situation beherrscht.

Mit der Übernahme der Verantwortung für das Ereignis übernehmen der Arzt und die Führung des Krankenhauses auch die Verantwortung für die künftige Vorgehensweise: zu versuchen, die Ursachen des Ereignisses zu ergründen, den Patienten und seine Familie zu informieren und auf dem Laufenden zu halten, sowie alle aus dem unerwünschten Ereignis folgenden Komplikationen zu überwachen und

zu behandeln. Sie kommunizieren die Verantwortlichkeit der Institution, alles zur Verbesserung des Systems zu tun, um zu verhindern, dass in Zukunft anderen Patienten ähnliche Ereignisse widerfahren.

War der Arzt in das unerwünschte Ereignis direkt involviert, sollte er die Verantwortung für seine eigene Rolle übernehmen, aber auch die dazu beitragenden Systemfaktoren erläutern, welche die Wahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses erhöhten. Er sollte jedoch nicht «das System» beschuldigen oder Begriffe wie «Systemdenken» als Ausflucht verwenden, um sich der Verantwortung zu entziehen.

Es gibt verschiedene Arten, dies zu sagen:

- ▶ *«Wir haben Sie enttäuscht.»*
- ▶ *«Das hätte nicht passieren dürfen.»*
- ▶ *«Unsere Systeme haben versagt. Wir werden herausfinden, was passiert ist und alles in unserer Macht Stehende tun, dass dies nicht wieder passiert.»*
- ▶ *«Ich werde Sie informieren, was wir herausfinden, sobald ich es weiß.»*

**3 Entschuldigen Sie sich.** Ist ein Fehler passiert, so ist das wirksamste Mittel, mit dem ein medizinischer Betreuer den Patienten – und sich selbst – versöhnen kann, sich zu entschuldigen. Die Entschuldigung ist ein essenzieller Aspekt der Übernahme der Verantwortung für eine Schädigung, selbst wenn, wie dies meistens der Fall ist, verschiedene Fehler des Systems dafür eher verantwortlich sind als eine einzelne Person. Eine Erklärung des Ereignisses, ein Ausdruck von Reue und eine Versöhnungsgeste können viel zur Entschärfung der Verletzung und des Zorns beitragen, die einer Schädigung folgen.<sup>11</sup>

Unmittelbar nach einem Ereignis sollte der primäre medizinische Betreuer sein Bedauern für das Geschehene ausdrücken – auch wenn nicht alle Ursachen des Ereignisses bekannt sind. Es ist anzunehmen, dass der Patient sich nach dem Ereignis verletzt und verletzlich fühlt und daher der Ausdruck von Mitgefühl und Mitleid eine wesentliche, menschliche Reaktion auf ein unerwünschtes Ereignis ist, ungeachtet seiner Ursache. («Es tut mir leid, dass das passiert ist. Es ist schrecklich.»)

Ist ein offensichtlicher Fehler passiert, sollte der, dem der Fehler unterlaufen ist, diesen umgehend bekannt geben, sich entschuldigen und seinen festen Willen zum Ausdruck bringen, die Ursachen des Fehlers zu finden («Wir haben diesen Fehler gemacht. Es tut mir sehr leid.») Obwohl Fehler eines Einzelnen meist aus Fehlern im System resultieren (die identifiziert und angesprochen werden müssen), werden dies nur wenige Patienten verstehen. Sie machen die Person verantwortlich. Für die Person, welcher der Fehler unterlaufen ist, ist es daher ungeheuer wichtig, sich zu entschuldigen und echte Reue zu zeigen. Hierbei ist jedoch auch die Fähigkeit des medizinischen Betreuers zu diesem Zeitpunkt zu berücksichtigen, emotional mit der Situation zurechtzukommen. Ist der Betreuer nicht in der Lage, mit dem Patienten entsprechend zu kommunizieren, ist es unter Umständen wünschenswert, wenn ein anderer für ihn einspringt.

Der für den Patienten verantwortliche (Kader)Arzt sollte sich auch dann entschuldigen, wenn der Fehler einem anderen unterlaufen ist. In diesen Fällen ist es sinnvoll, wenn die Entschuldigung gemeinsam erfolgt, d.h. die Person, welcher der Fehler unterlaufen ist (Arzt in Ausbildung, Pflegeperson, Radiologe, etc.) entschuldigt sich gemeinsam mit dem verantwortlichen (Kader)-Arzt beim Patienten.

Im Gegensatz zur Ansicht vieler Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer gibt es kaum Hinweise, dass eine Entschuldigung das Risiko einer Behandlungsfehlerklage erhöht.<sup>12</sup> Tatsächlich zeigen Erfahrungen aus Behandlungsfehlerprozessen genau das Gegenteil:

das Fehlen einer offenen Kommunikation, das Fehlen der Übernahme von Verantwortung sowie das Fehlen einer Entschuldigung tragen zum Zorn des Patienten bei. Einige auf Behandlungsfehler spezialisierte Anwälte behaupten, dass zwei Drittel der Behandlungsfehlerklagen aus einer fehlenden Übernahme der Verantwortung, aus mangelnder Entschuldigung und fehlender offener Kommunikation resultieren.<sup>13</sup>

**4 Erklären Sie, was getan wird, um derartige Ereignisse in Zukunft zu vermeiden.** Ist die Untersuchung abgeschlossen und gibt es Pläne für korrigierende Veränderungen, ist es wichtig, den Patienten und seine Familie darüber zu informieren. Geschädigte Patienten haben ein großes Interesse daran, zu sehen, dass das, was ihnen geschah, nicht auch Anderen passiert. Medizinische Betreuer unterschätzen häufig die Bedeutung dieses Aspekts der Reaktion auf ein Ereignis. Zu wissen, dass Veränderungen stattgefunden haben und dass aus dem, was ihnen geschehen ist, auch etwas Gutes resultiert, hilft dem Patienten und seiner Familie, ihren Schmerz oder Verlust zu bewältigen. Zu wissen, dass ihr Leiden nicht vergebens war, gibt dem Erlebten eine positive Bedeutung.

Für Österreich wichtig: § 58a Ärztegesetz 1998 Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

§ 58a. (1) Hat eine Person, die behauptet, durch Verschulden eines Arztes bei dessen Beratung, Untersuchung oder Behandlung geschädigt worden zu sein, schriftlich eine Schadenersatzforderung erhoben, so ist der Lauf der Verjährungsfrist gehemmt, von dem Tag, an welchem der bezeichnete Schädiger, sein bevollmächtigter Vertreter oder sein Haftpflichtversicherer oder der Rechtsträger jener Krankenanstalt, in welcher der genannte Arzt tätig war, schriftlich erklärt hat, zur Verhandlung über eine außergerichtliche Regelung der Angelegenheit bereit zu sein. Diese Hemmung tritt auch ein, wenn ein Patientenanwalt oder eine ärztliche Schlichtungsstelle vom angeblich Geschädigten oder vom angeblichen Schädiger oder von einem ihrer bevollmächtigten Vertreter schriftlich um Vermittlung ersucht wird, in welchem Falle die Hemmung an jenem Tag beginnt, an welchem dieses Ersuchen beim Patientenanwalt oder bei der ärztlichen Schlichtungsstelle einlangt. Die Hemmung des Laufes der Verjährungsfrist endet mit dem Tag, an welchem entweder der angeblich Geschädigte oder der bezeichnete Schädiger oder einer ihrer bevollmächtigten Vertreter schriftlich erklärt hat, dass er die Vergleichsverhandlungen als gescheitert ansieht oder durch den angerufenen Patientenanwalt oder die befassete ärztliche Schlichtungsstelle eine gleiche Erklärung schriftlich abgegeben wird, spätestens aber 18 Monate nach Beginn des Laufes dieser Hemmungsfrist.

**(2) Für den Fall des Bestehens einer Haftpflichtversicherung begründet die Mitwirkung des ersatzpflichtigen Versicherungsnehmers an der objektiven Sachverhaltsfeststellung keine Obliegenheitsverletzung, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt.**

#### Die 4 Stufen der vollständigen Kommunikation

- ▶ Sagen Sie dem Patienten und seiner Familie, was geschehen ist.
- ▶ Übernehmen Sie die Verantwortung.
- ▶ Entschuldigen Sie sich.
- ▶ Erklären Sie, was getan wird, um derartige Ereignisse in Zukunft zu vermeiden.

## B Die initiale Kommunikation: Wer und Wie

Ein schwerwiegender Zwischenfall stellt eine schwere Bedrohung der Selbstsicherheit des Patienten und seines Vertrauens in den medizinischen Betreuer dar. Es ist daher sehr wichtig, dass die Mitteilung durch eine Person erfolgt, mit der ein Vertrauensverhältnis besteht, und dass die Kommunikation das Gefühl von Fürsorge, Sorge und Fähigkeit vermittelt, die Betreuung des Patienten unter Kontrolle zu haben. Da diese Gespräche den Patienten unterstützen und informieren sollen, sollten sie unter vier Augen stattfinden, und zwar in einer Art und Weise, welche die Autonomie des Patienten stärkt und Barrieren oder eine Demonstration von Standesunterschieden vermeidet, die den Patienten einschüchtern oder entmutigen können.

Normalerweise ist der Arzt, der für die Betreuung des Patienten verantwortlich ist, die für die Entschuldigung am besten geeignete Person. Allerdings können in manchen Situationen andere Mitglieder des Betreuungspersonals oder der Verwaltung besser geeignet sein, den Fehler einzugestehen und sich zu entschuldigen. Dies kann die Betreuungsperson sein, die den Fehler gemacht hat oder auch ein anderes Mitglied des Teams, das bereits eine Beziehung zum Patienten und seiner Familie hat. Ist der für die Entschuldigung verantwortliche Klinikmitarbeiter abwesend oder hierzu emotional nicht in der Lage, sollten andere geschulte Personen, wie etwa ein Mitglied der Krankenhausleitung oder ein ranghöherer Klinikleiter einspringen. In diesen Situationen kann ein Ombudsmann/Mediator eine wertvolle Rolle spielen.

Anschließende Gespräche mit dem Patienten und seiner Familie werden am besten vom verantwortlichen (Kader-) Arzt oder vom Führungspersonal geführt. Unter besonderen Umständen können Mitglieder des Qualitäts- und Sicherheits-Teams eingebunden werden. In allen Fällen müssen die Mitarbeiter ausreichend und in geeigneter Weise vorbereitet werden, sowohl was den Inhalt als auch den Stil der Kommunikation betrifft. Bei all diesen Gesprächen ist primär an die Sorgen des Patienten zu denken, wobei diese Gespräche unter vier Augen stattfinden sollten, um die Situation für den Patienten und seine Familie so angenehm wie möglich zu machen.

### Argumentation und Evidenz

Ist derselbe Arzt vor und nach dem Ereignis für die medizinische Betreuung verantwortlich, ist er eindeutig jene Person, der diese Rolle zufällt. Ist der Ort der Betreuung unterschiedlich (wie etwa bei Verlegung auf eine Intensivstation), ist es angebracht, dass die Betreuer beider Bereiche anwesend sind und das Gespräch gemeinsam führen.

Um eine übereinstimmende und konsequente Kommunikation zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass die nachfolgenden Gespräche mit jener Person erfolgen, welche die Sorgen des Patienten am besten kennt und darauf eingehen kann. In vielen Fällen wird dies weiterhin der verantwortliche (Kader-) Arzt sein. Die Informationen über Maßnahmen zur Verbesserung oder die institutionelle Verantwortung werden jedoch besser durch die Leiter der betreffenden Bereiche gegeben.

### Empfehlungen

**1** Initiale Kommunikation sollte durch einen medizinischen Betreuer mit bereits bestehendem Vertrauensverhältnis zum Patienten oder zumindest in seiner Gegenwart erfolgen. Idealerweise ist dies der verantwortliche (Kader-) Arzt oder der Arzt, der den Behandlungsplan erstellt oder ausgeführt hat.

2 Bei der Festlegung der nächsten medizinischen Betreuungsschritte ist es für den Patienten und seine Familie oft hilfreich, die hierfür hauptverantwortliche Person dabeizuhaben. Ist dies jemand anderer als der primäre Betreuer, wenn beispielsweise der Patient in der Intensivstation erwacht, sollte der nunmehr für die Betreuung verantwortliche Arzt ebenfalls anwesend sein, um dem Patienten und seiner Familie die weitere Betreuung verbindlich zuzusichern. Ist zu erwarten, dass das Gespräch komplex oder schwierig wird, sollte der Patient ermutigt werden, zu seiner Unterstützung die Verfügbarkeit oder Anwesenheit einer weiteren Person zu verlangen.

3 Es kann auch hilfreich sein, wenn die primäre Pflegeperson des Patienten anwesend ist, um teilzunehmen, zu beobachten und ihn zu unterstützen. Die Teilnahme eines Mitgliedes der Krankenhausleitung ist in diesem Anfangsstadium nicht zu empfehlen, ausgenommen in ausgesprochen katastrophalen Situationen. In ähnlicher Weise könnte der Einbezug einer als «Risikomanager» bezeichneten Person ein falsches Signal sein.

4 Die Gespräche mit den Patienten und ihren Familien können unter diesen Umständen schwierig sein, und nicht alle Ärzte und Pflegepersonen haben die Ruhe und auch die Fähigkeit, diese zu führen. Ist zu erwarten, dass die betreffenden Mitarbeiter hierbei Schwierigkeiten haben oder selbst ängstlich sind, sollte sie jemand mit Erfahrung und Kompetenz auf diesem Gebiet begleiten oder sie im Voraus schulen. Die Institutionen müssen Schulungen in diesen Techniken ausarbeiten und sicherstellen, dass alle Mitarbeiter wissen, wo sie Hilfe für diese Gespräche finden.

5 Die Wahl des geeigneten Rahmens, in dem Zwischenfälle mitgeteilt werden, ist von Bedeutung, insbesondere, wenn eine Entschuldigung oder Wiedergutmachung angebracht ist. Wenn möglich, sollte das Treffen im Voraus geplant und in einem ungestörten, ruhigen Bereich arrangiert werden, der die Vertraulichkeit fördert und den Gefühlen des Patienten und seiner Familie entgegenkommt. Ideal ist ein Einzelzimmer im Krankenhaus, ebenso ein privates Büro für Ambulanzgespräche (Piepser abschalten/abgeben, Telefon umleiten; Anmerkung der Stiftung). Ein Hausbesuch beim Patienten kann angezeigt sein, wenn der Patient in einer Klinik behandelt, aber bereits entlassen wurde. Niemals sollte jedoch ein Doppelzimmer oder ein offener Bereich benutzt werden, wie ein Korridor oder ein Warteraum im Ambulanzbereich. Ebenso ist es nicht angebracht, den Patienten und seine Familie in eine Vorstandsetage vorzuladen.

#### Durch wen und wie soll die Mitteilung erfolgen

- ▶ Ein medizinischer Betreuer mit einem Vertrauensverhältnis zum Patienten sollte das initiale Gespräch führen.
- ▶ Die für die nächsten Betreuungsschritte verantwortliche Person sollte die nachfolgenden Gespräche führen.
- ▶ Beziehen Sie die primäre Pflegeperson des Patienten in die Kommunikation mit ein.
- ▶ Sorgen Sie für Mitarbeiterschulungen in Kommunikationstechniken.
- ▶ Wählen Sie für die Kommunikation einen ruhigen, ungestörten Bereich.

## C Follow-Up-Kommunikation

In der Zeit nach einem schwerwiegenden Ereignis sind ein oder mehrere nachfolgende Gespräche immer angezeigt. Neben der Aufgabe, weiterhin Unterstützung und Interesse zu signalisieren und weitere Möglichkeiten für eine Verbesserung zu finden, ist der Hauptzweck der Follow-Up-Kommunikation eine genauere Beschreibung der eingetretenen Ereignisse sowie der Art der Systemänderungen, mit denen auf diese Ereignisse reagiert wurde. Das Gespräch sollte ohne zeitliche Begrenzung und ohne Unterbrechungen geführt werden können.

### Empfehlungen

- 1 Follow-Up-Sitzungen sollten angesetzt werden, sobald wesentliche neue Informationen verfügbar sind. Kommt es zu Verzögerungen, sollten der Patient und seine Familie mit einer Entschuldigung für die Verzögerung über die Situation unterrichtet werden.
- 2 Die entsprechenden Follow-Up-Sitzungen können vom verantwortliche (Kader-) Arzt und von den Teammitgliedern in geeigneter Form durchgeführt werden.
- 3 In speziell schwerwiegenden und schwer belasteten Fällen sollten höhere Verwaltungsangehörige einschließlich des CMO [chief medical officer, medizinischer Direktor] oder sogar des CEO [chief executive officer, Verwaltungsdirektor/Geschäftsführer] eingebunden werden. Die Einbindung der Krankenhausleitung ist vor allem dann angezeigt, wenn das Vertrauen in den primären medizinischen Betreuer beeinträchtigt ist oder dessen Kommunikation nicht ganz erfolgreich war.

#### Die Follow-Up Kommunikation

- ▶ Setzen Sie Follow-Up-Sitzungen umgehend an.
- ▶ Der primär betreuende Arzt oder ein Teammitglied sollte die Sitzungen leiten.
- ▶ Beziehen Sie in schwerwiegenden oder schwierigen Fällen den medizinischen oder Verwaltungsdirektor mit ein.

### III. Die Unterstützung für den Patienten und seine Familie

Der Patient muss psychologisch, sozial und, in manchen Fällen, finanziell unterstützt werden. Nach einem schwerwiegenden Ereignis benötigen die Patienten und erwarten mit Recht zeitgerechte, genaue und einfühlsame Erklärungen sowie Hinweise darauf, dass die Untersuchungen der Situation mit Sorgfalt erfolgen. Darüber hinaus müssen ihre emotionalen und sozialen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Dies erfordert zumindest eine mitfühlende Betreuung durch alle medizinischen Betreuer, unter Umständen aber auch eine professionelle Beratung und psychologische Betreuung sowie soziale Dienstleistungen.

Oft benötigen die Patienten auch finanzielle Unterstützung, wobei jedoch weniger klar ist, wie diese bereitgestellt werden kann. Viele sind der Meinung, die Patienten sollten eine Wiedergutmachung für die Ausgaben erhalten, die für sie als Folge einer vermeidbaren Schädigung angefallen sind. Dies könnte anfängliche Barauslagen beinhalten, wie etwa für die Unterbringung der Familie, Reisekosten und Kinderbetreuung, aber auch Invaliditätshilfen, Haushaltsdienste und die Beförderung zu den Arztterminen. Leider ist in den gegenwärtigen Gesundheitssystemen keine Finanzierung für diese Art von Zahlungen vorgesehen, weshalb eine Erstattung dieser Kosten zu Lasten des Krankenhauses geht. Sind Zahlungen zu leisten, sollte das Angebot nicht während der anfänglichen Gespräche, sondern erst dann erfolgen, wenn zusätzliche Ausgaben im Verlauf der Genesung bekannt werden.

#### Argumentation und Evidenz

Allein die Hospitalisierung bringt viele Patienten in einen Zustand der psychologischen Verletzlichkeit, selbst wenn die Behandlung nach Plan verläuft. Ein posttraumatisches Stress-Syndrom kann bereits bei «Routineverfahren» auftreten. Wenn ihnen eine Schädigung oder ein unerwartetes Ereignis widerfährt, ist ihre Reaktion wahrscheinlich ganz besonders schwer.<sup>6</sup>

In einer Studie über Schädigungen nach chirurgischen Eingriffen empfand die überwiegende Mehrzahl der Patienten eine schwere negative Auswirkung auf ihr Leben nach dem Ereignis. Zusätzlich zu den körperlichen Behinderungen war das psychische Trauma eine wesentliche Komponente.<sup>14</sup>

Wie Vincent feststellt, unterscheidet sich eine medizinische Schädigung von anderen Traumaarten auf zweifache Weise. Erstens werden die Patienten von jenen Personen unabsichtlich geschädigt, denen sie ihr Vertrauen geschenkt haben. Ihre Reaktionen können daher besonders heftig und komplex sein. Zweitens werden sie meist weiterhin von jenen Klinikmitarbeitern behandelt, die selbst an der Schädigung beteiligt waren. Als Folge können die Patienten verängstigt sein und gemischte Gefühle gegenüber ihren Betreuern haben, selbst wenn diese sympathisch und hilfreich sind.<sup>6</sup>

Nach einer medizinischen Schädigung sind daher Furcht, Angstzustände, Depression, Wut, Frustration, Vertrauensverlust und Isolationsgefühle normale Reaktionen.<sup>5,6</sup> Ein inadäquates und unsensibles Management von Zwischenfällen kann daher ein zusätzliches emotionales Trauma bedingen, wogegen ein offenes Eingeständnis von Fehler und Schaden, Einfühlungsvermögen, gute Kommunikation und geschicktes Management von Abhilfemaßnahmen das emotionale Trauma mildern können.<sup>5-7</sup>

Ein verlängerter Krankenhausaufenthalt oder eine Behinderung können zu beträchtlichen zusätzlichen und unerwarteten Ausgaben führen. Auch wenn die Analyse keinen Fehler oder kein Systemversagen ergibt, wird sich der Patient, wenn die Schädigung auf die Behandlung zurückzuführen ist, vom Krankenhaus im Stich gelassen und berechtigt fühlen, eine gewisse Entschädigung zu erhalten.



In schwierigen Situationen kann die Einbindung eines Ombudsmanns/Mediators notwendig sein. Erfahrungen bei Kaiser Permanente zeigen, dass ein Ombudsmann/Mediatorprogramm das Empfinden des Patienten dadurch bessern kann, dass es seine Not anerkennt, allen Parteien beim Informationsaustausch behilflich ist und gleichzeitig Themen vorbringt, die zur Minimierung der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens beitragen.<sup>15</sup>

Patienten erwarten unter Umständen, dass auf die Krankenhaus- und Arztgebühren verzichtet wird, wenn eine Komplikation eingetreten ist. Dies ist vor allem dann wahrscheinlich, wenn die Schädigung als Folge eines Fehlers oder eines anderen Versagens im Behandlungsprozess gesehen wird (warum sollte ich für die Fehler des Krankenhauses zahlen?). In dieser Situation ist ein Verzicht auf Gebühren und die Bereitstellung einer Entschädigung für zusätzliche Ausgaben der Beginn einer «Wiedergutmachung» der Schädigung, ein Zeichen für den Gerechtigkeitsinn des Krankenhauses und eine Hilfe, das Selbstwertgefühl des Patienten zu bewahren oder wiederherzustellen. Vereinzelt legen nahe, dass die Zahlung selbst relativ kleiner Summen zur Deckung zusätzlicher Ausgaben als Folge der Schädigung die Reaktion des Patienten auf das Ereignis stark positiv beeinflusst.

Ob Krankenhäuser Patienten vorhersehbare und langfristig weiter bestehende Ausgaben nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vergüten sollen, ist umstritten. Solche Ausgaben können erheblich sein. In den Vereinigten Staaten haben die Patienten abgesehen von der Einbringung einer Behandlungsfehlerklage nur wenige Regressmöglichkeiten. Viele sind der Ansicht, dass ein Ersatz der durch medizinische Schädigungen verursachten Kosten nicht nur ein Gebot der Fairness ist, sondern dass er, zusammen mit einer vollständigen Offenlegung, die Zahl eingereicherter Klagen dramatisch reduzieren würde. So gesehen wäre dies auch finanziell eine kluge Vorgangsweise.

Es gibt eine wachsende Menge von Erfahrungen mit erfolgreichen Modellen für außergerichtliche Entschädigungszahlungen. Die Grundlage dieser Modelle ist die Betonung der Aufrechterhaltung der Arzt-Patientenbeziehung wo immer dies möglich ist, sowie eine offene und ehrliche Kommunikation. Obwohl hierzu nur begrenzt Daten verfügbar sind, sind die Ergebnisse bisher viel versprechend. Nicht jeder Zwischenfall kann mit diesen innovativen Programmen gemanagt werden, doch zeigen die Daten aus Pilotprogrammen, dass dies in vielen Fällen möglich ist.

### **Drei Programme aus den USA bieten erfolgreiche Beispiele, wie dies funktionieren kann:**

**1** Seit 1997 verfolgt das Veterans Affairs Medical Center (VAMC) Lexington, Kentucky, eine Politik der Offenlegung, wenn eine Schädigung des Patienten Folge eines Behandlungsfehlers oder einer Fahrlässigkeit ist. In diesen Fällen wird der Fehler dem Patienten und seiner Familie offen dargelegt und ein Übereinkommen angeboten. Vor der Implementierung der Offenlegungspolitik zählten die Zahlungen der Lexington VAMC für Behandlungsfehlerforderungen im Vergleich zu gleichwertigen Gruppen anderer VAMCs zu den höchsten. Nach der Implementierung der Offenlegungspolitik bewegte sich das Lexington VAMC in das niedrigste Quartil seiner Vergleichsgruppe.<sup>16</sup> Obwohl diese Daten überzeugend sind, ist die Generalisierung auf nichtstaatliche medizinische Zentren nur begrenzt möglich, da Staatsangestellte für medizinische Fehler nicht haftbar gemacht werden können. Darüber hinaus kann die Bundesregierung gesetzlich nicht für verschärften Schadenersatz herangezogen werden.<sup>12</sup>

**2** Im Jahre 2002 implementierte die University of Michigan in Ann Arbor die Richtlinie, dass Ärzte ihre Fehler einfach zugeben und sich dafür entschuldigen. Seit der Implementierung verkürzte sich die

durchschnittliche Zeit zur Entscheidung über Beschwerden von 1000 auf 300 Tage, verminderten sich die Anwaltskosten um zwei Drittel, und nahm die Zahl anhängiger Beschwerden und Klagen ab. In diesem Programm liegt das Schwergewicht auf einem möglichst raschen Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien, einschließlich der Bereitstellung einer fairen Entschädigung.<sup>17</sup>

**3** Die COPIC Insurance Company, ansässig in Denver, Colorado, hat erfolgreich Zahlungen an ausgewählte Patienten ohne Einschaltung eines Anwalts ausgehandelt. Das COPIC's 3Rs™ Pilotprogramm «Anerkennen, Reagieren und Lösen» (recognize, respond, and resolve) begann im Jahr 2000. Seit dem 31. Dezember 2004 gab es 930 Zwischenfälle, welche die Bedingungen erfüllten, hiervon erhielten 305 Patienten eine Entschädigung. Die Zahlungen betragen pro Zwischenfall im Durchschnitt \$1747,00 und \$ 5,326.00 pro bezahlten Zwischenfall. Es ist bemerkenswert, dass keiner dieser Fälle zu einem Rechtsstreit wurde. Erste Resultate weisen nicht nur auf ein großes Sparpotenzial, sondern auch auf eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation und eine anhaltende Beziehung hin, außerdem hat sich die Zufriedenheit aller beteiligter Parteien erhöht.<sup>1</sup> (Siehe Anhang B für einen anschaulichen Fall aus einer Harvard-Klinik)

## Empfehlungen

**1** Die Patienten und ihre Familien sollten von den Mitgliedern des Teams, das für ihren Fall zur Verfügung steht, insbesondere über ihre Gefühle bezüglich der Schädigung und über alle ihre Ängste hinsichtlich der künftigen Behandlung und Prognose befragt werden. Auch wenn die Patienten Erklärungen, eine Entschuldigung und die Versicherung erhalten, dass Maßnahmen getroffen werden, um in Zukunft die Wiederholung von Behandlungsfehlern zu vermeiden, können das emotionale Trauma des Ereignisses und die Ängste hinsichtlich der künftigen Behandlung eine psychologische Therapie erforderlich machen.

Es kann erforderlich sein, dass die psychologische Unterstützung durch Sozialarbeiter, Psychologen oder Psychiater erfolgt, je nach Einschätzung des Betreuerteams, das in das Management des Falles und in die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie eingebunden ist.

**2** Klinikmitarbeiter sollten Patienten, die sagen, die Behandlung hätte ihnen geschadet, Aufmerksamkeit schenken, auch wenn eine Komplikation offenbar eine Folge der Erkrankung des Patienten ist. Angesichts des Risikos einer Schädigung durch eine medizinische Behandlung sollten derartige Behauptungen ernst genommen werden. Der Patient könnte Informationen haben, die den medizinischen Betreuern fehlen, oder er könnte die klinischen Umstände nicht vollständig verstanden haben. Erweisen sich die Ängste des Patienten als grundlos, ist eine vollständige und verständnisvolle Erklärung die wesentliche Therapie. Ignoriert zu werden, kann für den Patienten quälend sein und eine heilende Behandlung verzögern.

**3** Nach einer Schädigung ist es wichtig, dass sich der Klinikmitarbeiter ganz besonders bemüht, die Kontinuität der medizinischen Betreuung sicherzustellen und die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten. Nach einer Schädigung benötigen der Patient und seine Familie noch mehr Unterstützung und nicht weniger, auch wenn manchmal der Patient und auch der Klinikmitarbeiter den natürlichen Wunsch verspüren, sich voneinander zu distanzieren.

**4** Die Patienten und ihre Familien sollen Namen, Telefonnummer und Kontaktinformationen von Personen der Institution erhalten, an die sie sich jederzeit mit ihren Fragen, Beschwerden und Bedenken wenden können. Hierzu zählen Personen, die interne und externe Unterstützung und

Beratung sowie finanzielle Ratschläge geben können. Finanzieller Druck kann zu emotionalen Sorgen führen. Die Koordination der psychologischen und finanziellen Unterstützung erfolgt am besten durch Personen des Sozialdienstes/der Sozialabteilung. Es ist wichtig, dass das Betreuerteam die Unterstützung des Patienten und seiner Familie im Voraus bespricht.

**5** Nach einem Zwischenfall sollten alle Rechnungen für das Krankenhaus und für ärztliche Dienste (einschließlich der «zuarbeitenden Dienste», wie Radiologie und Labor) bis zu den Ergebnissen der Analyse des Ereignisses zurückbehalten werden. Zu diesem kritischen Zeitpunkt eine Rechnung zu erhalten, kann vom Patienten als Beleidigung empfunden werden, die Frustration vergrößern und das Vertrauen des Patienten auf eine einwandfreie Erledigung des Falles durch die Institution weiter untergraben.

**6** Das Krankenhaus sollte nach Wegen suchen, um für kurzfristige Ausgaben, die sich aus vermeidbaren Schädigungen ergeben, finanzielle Unterstützung bereitzustellen. Wichtige Fragen sind hierbei die Definition der Art von zu vergütenden Ausgaben, die Herkunft der Mittel, wer befugt ist, diese zu vergeben, sowie die Bedeutung einer konsequenten Vorgehensweise innerhalb und zwischen Krankenhäusern. Ist eine finanzielle Unterstützung möglich, sollte sie umgehend gewährt werden. Eine sofortige Reaktion kann nach einer Schädigung die Situation wesentlich verbessern, sei es, dass die Unterstützung für die Kinderbetreuung, für Behindertenhilfen oder zur Linderung finanzieller Not verwendet wird.

**7** Es ist außerdem sorgfältig zu überlegen, ob nicht Haftpflichtversicherungen ratsam sind, die Entschädigungen für Langzeitbehinderung und laufende Ausgaben bieten, die auch als «No-fault»-Kompensation oder «Early-offer»-Programme bekannt sind. Es gibt eine große Zahl von Problemen, die zu lösen sind, wie z.B. die Definition von Ereignissen, für die Entschädigungen möglich sind, die Schaffung eines administrativen Mechanismus, die Definition weiter bestehender gesetzlicher Rechte des Patienten, und ob ein funktionsfähiges System einer landesweiten Annahme und eines legislativen Mandats bedarf.

#### Unterstützung für den Patienten und seine Familie

- ▶ Befragen Sie den Patienten und seine Familie nach ihren Gefühlen über die Schädigung.
- ▶ Nehmen Sie alle Sorgen des Patienten ernst und gehen Sie vollständig auf sie ein.
- ▶ Halten Sie die therapeutische Beziehung zum Patienten und seiner Familie aufrecht.
- ▶ Geben Sie dem Patienten und seiner Familie Kontaktinformationen für klinische und finanzielle Beratung und Unterstützung.
- ▶ Halten Sie während der Analyse des Ereignisses alle Rechnungen zurück.
- ▶ Untersuchen Sie Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung.

## IV. Die Follow-Up-Betreuung des Patienten und seiner Familie

Nach der Krankenhausentlassung ist es wesentlich, dass Patienten, die einen Zwischenfall erlitten haben, weiterhin die Möglichkeit für Auskünfte und Kommunikation geboten wird. Die Patienten haben einen Anspruch auf folgendes:

- ▶ Festgesetzte Termine für klinische Follow-Up-Visiten
- ▶ Festgesetzte Termine für Follow-Up-Gespräche
- ▶ Kontinuierliche psychologische und soziale Unterstützung
- ▶ Mitteilungen über die Endergebnisse der Untersuchungen sowie über Abhilfemaßnahmen. Häufig ist die Analyse des Ereignisses noch nicht abgeschlossen, wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird. Es ist aber wichtig, dass die Ergebnisse sofort mitgeteilt werden, wenn sie verfügbar sind.

### Argumentation und Evidenz

Werden Patienten nach einem schwerwiegenden Zwischenfall aus dem Krankenhaus entlassen, tragen sie weiterhin die vom Ereignis ausgelösten Ängste und Sorgen mit sich und können außerdem gezwungen sein, in der Welt außerhalb des Krankenhauses neue Behinderungen, Schmerzen und Unsicherheiten über ihre Zukunft bewältigen zu müssen. In vieler Hinsicht muss dann ihre psychologische und soziale Unterstützung größer sein als im Krankenhaus.

Leider erhalten sie unter Umständen viel weniger Unterstützung. Zu oft bedeutet das Wort «Entlassung» gerade für das Krankenhaus, dass es für das Wohlergehen des Patienten nicht mehr verantwortlich ist. Für manche Patienten kann dies sowohl körperlich als auch emotional eine Katastrophe sein. Zu der bereits erfahrenen Frustration und dem Ärger kommt noch das Gefühl des Verlassenseins hinzu. Die Patienten und ihre Familien benötigen weiterhin Unterstützung.

Soll die Nachsorge nach diesen Ereignissen in geeigneter Weise erfolgen, dann müssen die Institutionen eine Struktur schaffen, die eine gut organisierte Reihe von Follow-Up-Treffen mit dem Patienten (oder seiner Familie) für die kontinuierliche Betreuung umfasst und dazu dient, ihn immer wieder über alle Ergebnisse der internen Untersuchungen und alle getroffenen Abhilfemaßnahmen zu informieren.

### Empfehlungen

- 1 Der Patient und seine Familie sollten entsprechende Visitenkarten und Telefonnummern erhalten, um eine einfache Kontaktnahme mit den Hauptpersonen der vorangegangenen Kommunikation im Zusammenhang mit dem Ereignis zu ermöglichen.
- 2 Es sollte eine Reihe von Follow-Up-Treffen mit dem Patienten (oder seiner Familie) geplant werden, um einerseits seinen klinischen Status zu überprüfen und andererseits, um über den neuesten Stand der internen Untersuchungen und alle getroffenen Abhilfemaßnahmen zu berichten. Diese Treffen sollten nicht ad hoc stattfinden, sondern als vorausgeplantes, proaktives Angebot an den Patienten und seine Familie verstanden werden.

- 3 Eine Hausvisite kann angezeigt sein, insbesondere, wenn eine umfangreiche Follow-Up-Information kommuniziert werden muss. Als Alternative können der Patient und seine Familie wiederum ins Krankenhaus eingeladen werden, wobei gegebenenfalls den Bedürfnissen des Patienten hinsichtlich Transport, Mahlzeiten und Übernachtung Rechnung getragen werden sollte.
- 4 Die benötigte psychologische und soziale Unterstützung soll gegeben werden.
- 5 Es kann notwendig sein, die im Zusammenhang mit der Schädigung anfallenden Kosten weiterhin zu vergüten. Die für den Patienten verantwortlichen Personen müssen fähig sein, dies effizient zu organisieren (Siehe vorheriger Abschnitt).

#### Die Follow-Up-Betreuung des Patienten und seiner Familie

- ▶ Geben Sie dem Patienten Kontaktinformationen, um die Kommunikation nach der Krankenhauserlassung zu erleichtern.
- ▶ Planen Sie eine Reihe von Follow-Up-Treffen mit dem Patienten und seiner Familie.
- ▶ Setzen Sie eine Hausvisite an, um umfangreiche Follow-Up-Informationen zu kommunizieren.
- ▶ Sorgen Sie für psychologische und soziale Unterstützung.
- ▶ Bieten Sie, wenn erforderlich, eine kontinuierliche finanzielle Unterstützung an für Ausgaben in Zusammenhang mit der Schädigung.

# Medizinische Betreuung

## V. Die Unterstützung der Betreuungspersonen

Ebenso wie die Patienten und ihre Familien, sind auch die medizinischen Betreuer nach einem unerwünschten Ereignis emotional und funktionell schwer angeschlagen. Sie benötigen institutionelle Unterstützung, um sich soweit zu erholen, dass sie mit dem Patienten kommunizieren und sich wirksam entschuldigen können und bald wieder zu ihren Dienstpflichten zurückkehren.

### Argumentation und Evidenz

Medizinische Betreuer sind von einem unerwünschten Ereignis wahrscheinlich besonders tief betroffen, wenn ihnen ein schwerer Fehler unterlaufen ist. Häufig sind sie bei diesen Ereignissen die verkannten «zweiten Opfer» («second victims») und erhalten wenig Verständnis und Unterstützung. Das Fehlen eines strukturierten Unterstützungssystems kann langfristige und schädliche Auswirkungen auf die Fähigkeit des Klinikmitarbeiters haben, Patienten nach einem unerwünschten Ereignis zu betreuen.<sup>5, 21-23</sup>

Die Notwendigkeit einer organisierten Unterstützungsstruktur für medizinische Betreuer wird typischerweise weder von den Betreuern noch von den Institutionen des Gesundheitssystems erkannt. Die Gründe hierfür sind komplex. Hierzu zählen eine medizinische Kultur, die von Ärzten insbesondere erwartet, stark und objektiv zu bleiben und sich von ihren von Krankheit gequälten Patienten emotional zu distanzieren<sup>5</sup>; ein Gesundheits- und Rechtssystem, das bei Eintreten eines Zwischenfalls den medizinischen Betreuer und nicht den Betreuungsprozess verantwortlich macht;<sup>24</sup> sowie die Internalisierung der Maxime «Als erstes gilt es, nicht zu schaden [pri-mum nihil nocere first do no harm]», das den Arzt dazu bringt, Unfehlbarkeit zu erwarten und ihn darin bestärkt, ein unerwünschtes Ergebnis als Tabuereignis anzusehen.

Dies führt dazu, dass sich medizinische Betreuer nach einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis oft isoliert fühlen und tiefe Scham und Schuldgefühle haben. Sie wollen und können oft nicht über das Ereignis sprechen oder es berichten, was eine Analyse und Lernprozesse verhindert. Viele wurden nicht darin geschult, nach einem unerwünschten Ereignis mit dem Patienten und dessen Familienmitgliedern sowie mit anderen Klinikmitarbeitern offen zu kommunizieren und haben unter Umständen große Schwierigkeiten mit einem offenen und ehrlichen Gespräch.

Es bedarf eines umfassenden institutionellen Unterstützungssystems, das dazu beiträgt, dass medizinische Betreuer auf ein unerwünschtes Ereignis vorbereitet sind und rasch darauf reagieren. Eine derartige Unterstützung ist auch im Bereich der Haftpflichtversicherung entscheidend, wenn sich eine Organisation voll und ganz zu einer Politik der uneingeschränkten Kommunikation und Entschuldigung bekennt.<sup>25</sup>

### Empfehlungen

**1** Das Krankenhaus sollte ein Programm haben, das darauf ausgerichtet ist, «normalen Menschen zu helfen, die nach höchst abnormalen Ereignissen normalen Stress erleben».<sup>25</sup> Ziel ist es,

den medizinisch Tätigen dabei zu helfen, den Stress eines unerwünschten Ereignisses besser zu bewältigen, so dass sie sich besser um die Betreuung ihrer Patienten kümmern können, damit ein Heilung möglich ist und der medizinische Betreuer auf diese Weise ohne Probleme und mit normaler Produktivität an den Arbeitsplatz zurückkehren kann.

- 2 Da die Bedürfnisse der medizinischen Betreuer unterschiedlich sind, sollte das Unterstützungssystem weit gefächerte Angebote enthalten, einschließlich persönlicher und Gruppenberatung sowie Kurz- und Langzeitberatung.
- 3 Die administrativen Richtlinien sollten sicherstellen, dass die Dienstplichten der medizinischen Betreuer entsprechend angepasst werden können und berücksichtigen, dass für eine Heilung eine Beurlaubung erforderlich ist.
- 4 Die medizinischen Betreuer benötigen bei der Teambesprechung des unerwünschten Ereignisses eine strukturierte Unterstützung und sollten Richtlinien erhalten, wie das Ereignis in den medizinischen Aufzeichnungen zu dokumentieren ist.
- 5 Ein Coaching in Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie in der emotional angespannten Zeit unmittelbar nach einem Zwischenfall kann für die Aufrechterhaltung einer mitfühlenden und von Vertrauen geprägten Beziehung entscheidend sein.
- 6 Es sind Trainingsprogramme zu entwickeln, die Ärzte, Pflegepersonen und andere Klinikmitarbeiter sowie Departementleiter und Manager lehren, auf welche Weise Kollegen Unterstützung geboten werden kann, wenn sie «sekundäre Opfer» geworden sind.
- 7 Schließlich profitieren die medizinischen Betreuer von der Unterstützung bei Peer-Reviews, dem Qualitätsassessment/der Qualitätsverbesserung – und den Ursachen-Analyseprozessen (root cause and system analysis). Dies kann eine Schulung während des Prozesses, aber auch eine direkte Unterstützung während der Ereignisse beinhalten.

(Für weitere Details siehe Anhang C)

#### Unterstützung der medizinischen Betreuer

- ▶ Führen Sie ein Programm für die Unterstützung medizinischer Betreuer ein, die in das Ereignis involviert sind.
- ▶ Bieten Sie eine Vielfalt von unterstützenden Diensten an, um unterschiedlichen Bedürfnissen entgegenzukommen.
- ▶ Regeln Sie Dienstplichten und Freizeit der medizinischen Betreuer nach den Erfordernissen.
- ▶ Sorgen Sie für eine strukturierte Besprechung und Dokumentation des Ereignisses.
- ▶ Trainieren Sie die medizinischen Betreuer in der Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie.
- ▶ Schulen Sie die medizinischen Betreuer in den Peer-Review-, Qualitätsmanagement/-verbesserungs- und Ursachenanalyse-Prozessen (Root Cause and System Analysis).

## VI. Training und Schulung

Die Institutionen haben die Verpflichtung, ihrem medizinischen Personal Schulungen, Training und Ressourcen zur Bewältigung eines Zwischenfalls zu bieten. Zu den wichtigsten zählt das Training für die Kommunikation der schlechten Nachricht.

Viele medizinische Betreuer wurden niemals in der Fähigkeit geschult oder trainiert, eine schlechte Nachricht zu übermitteln, sich zu entschuldigen oder verzweifelte Patienten zu beraten. Deshalb gelingt es ihnen häufig nicht, mit ihren Patienten nach einem Zwischenfall teilnehmend und wirksam zu kommunizieren. Die medizinischen Betreuer, einschließlich Ärzte, Pflegepersonen und sonstiger Mitarbeiter, sind häufig durch ihre eigenen Scham- und Schuldgefühle daran gehindert, dem Patienten Mitgefühl zu zeigen. Dies wird durch die Angst vor Schadenersatzansprüchen noch verstärkt.

Diese Probleme werden durch die Tatsache verschlimmert, dass Patienten und medizinische Betreuer oft unterschiedliche Ansichten darüber haben, welche Informationen über unerwünschte Ereignisse offen gelegt werden sollten. Als Folge davon gelingt es den Klinikmitarbeitern unter Umständen nicht, die Erwartungen der Patienten und ihrer Familien nach einem unerwünschten Ereignis zu erfüllen<sup>5</sup>, was in dieser kritischen Zeit zu Missverständnissen und Vertrauensverlust führt.

Eine wirksame Kommunikation zwischen medizinischen Betreuern und Patienten in der Zeit eines Zwischenfalls ist nicht nur für das Wohlergehen des Patienten entscheidend, sondern auch für das Vertrauen in die Institution und die medizinischen Betreuer.<sup>26</sup> Wirksame Kommunikationstechniken lassen sich erlernen, und spezifische Fähigkeiten, die einen erfolgreichen Dialog garantieren, können identifiziert werden.<sup>27</sup>

### Argumentation und Evidenz

Die Fähigkeit des medizinischen Betreuers, mit den Patienten und ihren Familien auf mitfühlende und rücksichtsvolle Art wirksam zu kommunizieren, insbesondere bei der Offenlegung von Informationen über einen Zwischenfall, ist ein wesentlicher Teil der therapeutischen Beziehung. Eine gute Kommunikation kann die Ängste mildern und das Vertrauen der Patienten und ihrer Familien in den medizinischen Betreuer, die Institution und das Gesundheitssystem verstärken. Eine schlechte Kommunikation kann dem Patienten zusätzliches Leid verursachen, die Vertrauensbande zerreißen und die Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsfehlerklage erhöhen.

Ein medizinischer Betreuer kann den Patienten und seine Familie während einer Gesundheitskrise nicht optimal unterstützen, wenn er nicht bereit ist, alle Aspekte der Betreuung des Patienten, einschließlich der Zwischenfälle, zu diskutieren.

Medizinische Betreuer sind hinsichtlich ihrer Fähigkeit, unangenehme Themen zu kommunizieren und zu besprechen, extrem unterschiedlich. Diese Fähigkeiten sollte in der medizinischen und in der Pflegeausbildung gelehrt werden, was aber oft nicht der Fall ist. Sie sind jedoch erlernbar.

Die Institutionen sollten ihren medizinischen Mitarbeitern Training und andere Ressourcen für das Management von Zwischenfällen bieten. Regelmäßige Schulungen und Trainingseinheiten helfen den medizinischen Betreuern, ihre Angst vor der Kommunikation unangenehmer Informationen zu vermindern und das Befinden des Patienten nach einem unerwünschten Ereignis zu verbessern.



Kaiser Permanente hat beispielsweise in Zusammenarbeit mit dem Bayer-Institut ein Kommunikationstrainings-Curriculum für sein Ärztenetzwerk entwickelt. Nach einem zentralisierten Trainingsprogramm für Trainer (train the trainer program) mit Repräsentanten des Betreuer-Netzwerks, bieten die einzelnen Institutionen das Curriculum ihren Ärzten im Rahmen des lokalen Krankenhausbildungsangebots an.

Es ist bemerkenswert, dass dieses Training nicht nur die Kommunikationsfähigkeit für den Fall der Schädigung eines Patienten schult, sondern der Arzt-Patienten-Interaktion auch in der Routinebetreuung nützt. Werden bei der Kommunikation sowohl die Sorgen des Patienten als auch die des Arztes berücksichtigt und miteinbezogen, entwickeln sich Beziehungen, die einem kooperativen Zugang zum Behandlungsplan förderlich sind. Kommt es dann im Verlaufe der medizinischen Betreuung zu einer Schädigung des Patienten, dient die bereits entwickelte Beziehung als solide Basis, auf der Vertrauen und Mitgefühl auch in dieser schwierigen Zeit erhalten werden können.

## Empfehlungen

- 1** Krankenhäuser benötigen für den Fall, dass etwas schief geht, Schulungs- und Trainingsprogramme für medizinische Berufe, in denen die Kommunikation mit den Patienten und ihren Familien sowie das Management von Zwischenfällen behandelt werden. Diese Programme sollten auf entsprechenden Niveaus spezifisch für medizinische Betreuer (Ärzte, Pflegepersonal, Pharmazeuten, etc.) und für leitende Verwaltungsangehörige und Vorstandsmitglieder gestaltet werden.
- 2** Sowohl im Hinblick auf die Konsistenz als auch auf die Skaleneffekte (economies of scale) hinsichtlich Kosten und benötigter Expertise sollte die Entwicklung dieser Trainingsprogramme systemweit koordiniert erfolgen.
- 3** Zusätzlich zur technischen Ausbildung in der Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie benötigen Ärzte und Pflegepersonen auch ein Training im Umgang mit ihren eigenen Gefühlen für den Fall, dass sie die unmittelbare Ursache der schwerwiegenden Schädigung eines Patienten sind.
- 4** Ärzte, Pflegepersonen und andere Klinikmitarbeiter sowie Departements/ Abteilungsleiter und Manager müssen darin geschult werden, wie sie Kollegen unterstützen, die im Mittelpunkt eines schwerwiegenden Zwischenfalls stehen.
- 5** Vorstand und höhere Verwaltungsbeamte benötigen eine Schulung hinsichtlich ihrer Verantwortung, gesetzlichen Exponiertheit und der Wichtigkeit von Transparenz und Verantwortlichkeit für Patienten.
- 6** Kurse über die einzuhaltenden allgemeinen Prinzipien und Praktiken sollten als Teil der Orientierung von allen neuen Ärzten und Pflegepersonen, einschließlich der Ärzte in Ausbildung, absolviert und für alle medizinischen Betreuer jährlich angeboten werden.
- 7** Ein breites Methodenspektrum ist erforderlich, wie Vorlesungen, Rollenspiele und interaktive webbasierte Tutorien, etc. Als Teil der Fortbildung sollten hierfür interaktive Computerspiele entwickelt werden.
- 8** Da nicht anzunehmen ist, dass vielbeschäftigte Klinikmitarbeiter jährlich Kurse besuchen oder ihre Fähigkeiten auf andere Art erhalten, sollten bei Bedarf in Krisenzeiten rasch verfügbare Auffrischkurse für medizinische Betreuer ausgearbeitet werden.

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

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

(Für weitere Details siehe Anhang D)

### Training und Schulung

- ▶ Entwickeln Sie für alle Niveaus Programme für die Kommunikation mit Patienten und ihren Familien.
- ▶ Trainieren Sie Ärzte und Pflegepersonen im Umgang mit ihren eigenen Gefühlen.
- ▶ Schulen Sie den Vorstand und die leitenden Funktionäre hinsichtlich ihrer Verantwortung.
- ▶ Sorgen Sie für ein entsprechendes jährliches Training aller medizinischen Betreuer als Teil der Orientierung.
- ▶ Entwickeln Sie ein breites Spektrum interaktiver Trainingsmethoden.
- ▶ Bieten sie ein «Akut-Training» an für medizinische Betreuer.
- ▶ Bieten Sie Expertenhilfe für medizinische Betreuer an, die nach einem schwerwiegenden Zwischenfall in Anspruch genommen werden kann.
- ▶ Schaffen Sie ein Kader von Krisenkommunikatoren

# Management des Ereignisses

## VII. Die Elemente einer Krankenhauspolitik zum Management von Zwischenfällen

Für ein erfolgreiches Management eines schwerwiegenden Zwischenfalls sind ein institutioneller Rahmen und die Unterstützung durch eine entsprechende Unternehmenskultur und -politik erforderlich. Jedes Krankenhaus sollte über schriftliche Richtlinien verfügen, welche die Mitarbeiter instruieren, wie auf einen schwerwiegenden Zwischenfall zu reagieren ist. Diese Politik hat eine doppelte Zielsetzung:

- ▶ Eine Erwartungshaltung zu schaffen und die Mitarbeiter zu einer verantwortungsvollen, einfühlsamen und unterstützenden Betreuung des geschädigten Patienten anzuleiten, die ein bleibendes Vertrauen wiederherstellt und rechtfertigt.
- ▶ Die Patientensicherheit zu verbessern, indem man aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen lernt und durch Systemveränderungen die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung minimiert.

Zur Erreichung dieser Ziele müssen diese Leitlinien:

- 1 Die Philosophie und die Verpflichtung der Organisation zur offenen und ehrlichen Kommunikation von unerwünschten Ereignissen bekanntmachen.
- 2 Für eine zum Zeitpunkt eines unerwünschten Ereignisses rechtzeitig verfügbare Beratung und Supervision der klinischen Mitarbeiter sorgen.
- 3 Die Schulung der medizinischen Betreuer in Methoden für den Umgang mit Unglücksfällen und für deren Kommunikation ermöglichen.
- 4 Eine einfühlsame und ehrliche Kommunikation mit der Familie in Bezug auf das Ereignis sicherstellen, ebenso wie eine spätere Mitteilung der Systemverbesserungen an die Familie und die involvierten Betreuer.
- 5 Einen Rahmen für die Analyse unerwünschter Ereignisse und die daraus folgenden Lernprozesse schaffen, einschließlich einer Neukonzeption des Systems, wenn dies erforderlich ist.
- 6 Die in Ereignisse involvierten Mitarbeiter emotional, professionell und juristisch unterstützen.
- 7 Die erforderliche Dokumentation und Berichterstattung sicherstellen.
- 8 Sich mit Methoden zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit befassen, welche Transparenz signalisieren und das öffentliche Vertrauen darin wiederherstellen, dass Systeme vorhanden sind, welche die Wahrscheinlichkeit künftiger Zwischenfälle minimieren.

9 Sich mit Methoden zur Entscheidungsfindung für die institutionelle Kommunikation und die Meldung von Ereignissen sowohl innerhalb des Krankenhaus-/ Gesundheitsbereichs als auch extern – an die zuständigen Behörden – befassen.

#### Elemente einer Krankenhauspolitik für Zwischenfälle

- ▶ Geben Sie Ihre Verpflichtung zu einer offenen und ehrlichen Kommunikation bekannt.
- ▶ Sorgen Sie für eine «Akut-Supervision» für medizinische Betreuer.
- ▶ Schulen Sie die medizinischen Betreuer hinsichtlich Reaktion und Kommunikation.
- ▶ Sichern Sie eine mitfühlende und ehrliche Information der Familie über das Ereignis.
- ▶ Sorgen Sie für eine emotionale Unterstützung der Mitarbeiter.
- ▶ Sichern Sie die erforderliche Dokumentation und Berichterstattung.
- ▶ Sorgen Sie für eine offene Information der Öffentlichkeit.
- ▶ Entwickeln Sie Methoden zur Kommunikation und Berichterstattung von Ereignissen.

### VIII. Die Erstreaktion auf das Ereignis

Kommt es zu einem Zwischenfall, ist es die erste Pflicht des Klinikmitarbeiters, den Patienten durch die erforderlichen medizinischen Maßnahmen vor weiterem Schaden zu bewahren und jede fort-dauernde Schädigung zu lindern.

Ist die initiale Versorgung des Patienten abgeschlossen, müssen sich die Klinikmitarbeiter den Details des Ereignisses zuwenden und alle Informationen über das Ereignis sammeln, die zum Verständnis seiner Ursachen erforderlich sind. Damit dies auf zuverlässige Weise geschehen kann, müssen die Institutionen klare Richtlinien entwickeln und bekannt machen, die genau spezifizieren, wer für welche der folgenden Aktionen verantwortlich ist.

## Empfehlungen

- 1 Unternehmen Sie alles, was zur Stabilisierung des Patienten notwendig ist, die Schädigung mildert und weiteren Schaden vermeidet.
- 2 Unternehmen Sie, wenn nötig, sofort Schritte um jedes erkennbare Restrisiko für die Sicherheit des Patienten zu eliminieren, wie z.B. einen handlungsunfähigen Betreuer, fehlerhafte Geräte, ein unsicheres Betreuungssystem oder ein schwer defizientes Verfahren.
- 3 Sorgen Sie für die sofortige Sicherstellung der damit in Zusammenhang stehenden Medikamente, Geräte und Aufzeichnungen.
- 4 Sorgen Sie sofort für einen Ersatz und informieren Sie den Patienten und seine Familie, wenn der primäre Betreuer nicht handlungsfähig oder suspendiert ist.
- 5 Instruieren Sie so rasch wie möglich alle Mitglieder des Betreuungsteams, damit alle Mitglieder über die Angelegenheit vollständig Bescheid wissen und alle nachfolgenden Kommunikationen mit dem Patienten und seiner Familie konsistent sind.
- 6 Bestimmen Sie sofort jemanden, der die primäre Verantwortung für die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie hat.
- 7 Stellen Sie die Umstände im Umfeld des unerwünschten Ereignisses und jene Faktoren, die dazu beigetragen haben, möglichst rasch fest, so lange die Erinnerung der Beteiligten noch frisch ist. Diese Information kann für den unmittelbaren klinischen Behandlungsplan des Patienten entscheidend sein.
- 8 Berichten Sie das Ereignis der zuständigen Krankenhausleitung.

### Die initiale Reaktion auf das Ereignis

- ▶ Stabilisieren Sie den Patienten, lindern Sie die Schädigung und verhindern Sie weitere Schäden.
- ▶ Eliminieren Sie verbleibende Bedrohungen, wie handlungsunfähige Betreuer oder unsichere Systeme oder Geräte.
- ▶ Stellen Sie die beteiligten Medikamente und Geräte sicher.
- ▶ Sorgen Sie für einen Ersatz, wenn der primäre Betreuer suspendiert wird.
- ▶ Informieren Sie umgehend das Betreuerteam, um eine konsistente Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie sicherzustellen.
- ▶ Entscheiden Sie, wer primär für die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie verantwortlich ist.
- ▶ Führen Sie rasch die Untersuchung durch, solange die Erinnerungen noch frisch sind.
- ▶ Berichten Sie das Ereignis dem zuständigen Krankenhausfunktionär.

## IX. Die Analyse des Ereignisses

Medizinische Leistungserbringer und Organisationen sollten Strategien, Verfahren, Methoden und Expertisen zur Untersuchung und Analyse von Zwischenfällen entwickeln. Die Analysen sollten gründlich, multidisziplinär und urteilsfrei sein und aktuelle Methoden verwenden, welche die Wissenschaft der Patientensicherheit und «Best Clinical Practice» widerspiegeln.

Ziel der Analyse ist die Identifikation der multiplen Faktoren, die zum Ereignis beigetragen haben, und, wo immer möglich, die Entwicklung von Systemveränderungen, die eine Wiederholung des Ereignisses weniger wahrscheinlich machen. Aus diesem Grund sollten die für die Analyse verantwortlichen Personen oder Komitees eng mit jenen zusammenarbeiten, die ermächtigt sind, institutionelle Systemveränderungen durchzuführen.

Es müssen auch Mechanismen zur Implementierung der Systemveränderungen geschaffen werden und Verfahren, mit denen objektiv erhoben wird, ob diese zu Verbesserungen geführt haben.

### Argumentation und Evidenz

Es gibt drei Gründe, warum schwerwiegende Zwischenfälle untersucht und analysiert werden müssen:

Erstens, um nach Möglichkeit eine Wiederholung bei künftigen Patienten zu verhindern. Eine sorgfältige Untersuchung und Analyse aller möglicherweise beitragenden Faktoren ist der erste Schritt zur Identifizierung und Korrektur eines solchen Systemversagens. Jede der Sicherheit verpflichtete Institution betrachtet Zwischenfälle als Beweis, dass ihre Systeme versagt haben.

Zweitens haben die durch ein unerwünschtes Ereignis geschädigten Patienten ein Recht, soweit dies möglich ist, zu erfahren, was die Ursachen des Ereignisses waren und was getan wird, diese zu beheben. Viele Patienten sind sehr daran interessiert, dass Maßnahmen getroffen werden, die verhindern, dass ein weiterer Patient ein ähnliches Ereignis erleidet. Obwohl der Erhalt dieser Information auch einen therapeutischen Wert haben könnte, liegt die primäre Rechtfertigung jedoch in der ethischen Verpflichtung, die geschädigte Person vollständig zu informieren.

Drittens haben medizinische Institutionen auch eine ethische Verpflichtung gegenüber künftigen Patienten anderenorts, in anderen Institutionen, Sicherheitsrisiken zu identifizieren und die Informationen über mögliche korrigierende Maßnahmen zu verbreiten. Dies sollte der Hauptzweck von staatlich verpflichtenden Berichtssystemen sein. Damit ein derartiges System funktioniert, muss die an Akkreditierungsbehörden, Zertifizierungsausschüsse und Gesundheitsbehörden übermittelte Information vollständig und genau sein (Für Details siehe Abschnitt XII).

In Österreich gibt es nur freiwillige Berichtssysteme, wie zum Beispiel Zirsmedical.at (Anm. ANetPAS).

Darüber hinaus haben die Krankenhäuser eine interne Verpflichtung, das Ereignis genau zu kennen, um auf einen potenziellen Rechtsstreit vorbereitet zu sein.

Eine produktive Analyse und die Möglichkeit, aus dem Ereignis zu lernen, setzen voraus, dass die Institution über gut etablierte Richtlinien und Verfahren zur Untersuchung und Analyse von Ereignissen verfügt. Jene Personen, welche die Analyse durchführen, müssen gut ausgebildet sein und entweder selbst berechtigt sein, das System zu verändern, oder mit jenen eng zusammenarbeiten, die hierzu ermächtigt sind.

## Empfehlungen

- 1 Da nur wenige Institutionen die Kapazität besitzen, jeden Zwischenfall selbst zu untersuchen, müssen sie Kriterien entwickeln, nach denen sie Ereignisse für eine formale Ursachenanalyse (root cause and system analysis) auswählen. Die Priorität sollte jenen Zwischenfällen gegeben werden, die tödlich enden, eine erhebliche Morbidität verursachen, einen wesentlichen Verstoß gegen die gängige Praxis darstellen oder deren Untersuchung von einem klinischen Teammitglied verlangt wird. Beinahe-Fehler (near misses) mit hohem Schädigungsrisiko oder Lernpotenzial sollten ebenfalls analysiert werden.
- 2 Die Untersuchung des Zwischenfalls sollte die Abteilung für Risikomanagement der Institution durchführen oder leiten, um die Vertraulichkeit und den Peer-Review-Schutz (peer-review protection) sicherzustellen.
- 3 Die Satzungsbestimmungen (in Österreich: Anstaltsordnungen) für die medizinischen Mitarbeiter der Institution sollten einen Peer-Review-Schutz für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer enthalten, die an einer Ursachenanalyse beteiligt sind. Um institutionelles Lernen zu fördern, sollten Klinikmitarbeiter und Verwaltungsangehörige auch ermutigt werden, wann immer sie es wünschen, eine Ursachenanalyse unter Einhaltung des vertraulichen Peer-Review-Prozesses zu verlangen oder selbst durchzuführen.
- 4 Der Ablauf der Ursachenanalyse sollte von einem ranghöheren Mitarbeiter unterstützt werden, der nicht direkt in das Ereignis involviert war und deshalb Objektivität bewahren und das Gespräch in einer nicht strafenden, unterstützenden Weise leiten kann. Die Mitarbeiter des Risikomanagements, die Leiter der Abteilungen für Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung sowie die Klinikleiter können durchwegs geschult werden, diese Rolle zu übernehmen. Der Input von klinischen und Systemexperten ist ebenso wesentlich, um der Organisation ein genaues Verständnis der Umstände des Ereignisses zu vermitteln.
- 5 Zu den Teilnehmern sollten auch Ärzte und andere Mitarbeiter zählen, welche in das Ereignis involviert waren. Alle in das Ereignis involvierten Mitarbeiter sollten ermutigt werden, teilzunehmen, um Input aus möglichst vielen Perspektiven zu erhalten. Die Krankenhausleitung, einschließlich der Manager, Direktoren und der Verantwortlichen der Departemente/Abteilungen, sollte ebenfalls daran teilnehmen, um eine konsequente Durchführung der korrigierenden Maßnahmen sicherzustellen.
- 6 Patientensicherheit ist eine sich entwickelnde Disziplin, und die besten Analysestrategien und -techniken werden sich im Laufe der Zeit ändern. Die Organisation sollte für seine Analyse unerwünschter Ereignisse und die Ausarbeitung von Interventionen die besten verfügbaren Praktiken verwenden.
- 7 Obwohl Patienten und ihre Familien oft nicht an der Ursachenanalyse teilnehmen können, sollten sie über die Fakten und Umstände der Ereignisse befragt werden und erfahren, dass sich die Institution verpflichtet fühlt, sie auf dem Laufenden zu halten.
- 8 Schwerwiegende Zwischenfälle und die Ergebnisse aller Ursachenanalysen sollten der obersten klinischen und administrativen Leitung und dem Aufsichtsrat berichtet werden (in Österreich: Kollegiale Führung und die Verantwortlichen des Trägers). Dies stellt einen entscheidenden Schritt in der institutionellen Lernschleife dar.
- 9 Die Organisationen müssen Prozesse etablieren, die sicherstellen, dass die als Ergebnis der Ursachenanalyse entwickelten korrigierenden Maßnahmen implementiert werden und dass alle

Interessenten ein Feedback über die korrigierenden Maßnahmen erhalten. Da nicht alle Departemente (in Österreich: Gesundheitseinrichtungen insbesondere Krankenanstaltenträger) über gute Durchsetzungsmechanismen verfügen, kann es notwendig sein, zusätzliche Mechanismen zu entwickeln, die garantieren, dass die empfohlenen Systemveränderungen hohe Priorität erhalten und nachverfolgt werden, um sicherzustellen dass tatsächlich Veränderungen stattfinden und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

**10** Systemveränderungen als Antwort auf die Analyse unerwünschter Ereignisse können unerwartete negative Auswirkungen haben. Daher sollten alle größeren Veränderungen einen Plan zur kontinuierlichen Überwachung der Wirksamkeit und möglicher unerwünschter Wirkungen der Veränderungen beinhalten.

**11** Die Daten der Ursachenanalysen sollten gesammelt und nachverfolgt werden, um Muster und Trends zu identifizieren und bei Verbesserungsinitiativen Prioritäten zu setzen.

#### Analyse des Ereignisses

- ▶ Entwickeln Sie Kriterien für die Auswahl von Ereignissen für die formelle Ursachenanalyse.
- ▶ Lassen Sie das Departement für Risikomanagement die Untersuchung durchführen.
- ▶ Sichern Sie den Teilnehmern der Ursachenanalyse Peer-Review-Schutz zu.
- ▶ Ein nicht-involvierter, ranghöherer Mitarbeiter soll die Ursachenanalyse unterstützen.
- ▶ Beziehen Sie alle in das Ereignis involvierten medizinischen Betreuer mit ein.
- ▶ Verwenden Sie für die Analyse des Ereignisses und den Entwurf der Interventionen die besten verfügbaren Praktiken.
- ▶ Interviewen Sie Patienten und deren Familien im Rahmen und als Grundlage Ihrer Ursachenanalysen.
- ▶ Berichten Sie die Ergebnisse der Analyse an die oberste Leitung und den Vorstand (Kollegiale Führung und die Verantwortlichen des Trägers).
- ▶ Etablieren Sie Prozesse, welche die Implementierung der Korrekturmaßnahmen sicherstellen.
- ▶ Überwachen Sie sowohl die Wirksamkeit als auch etwaige negative Auswirkungen der Veränderungen.
- ▶ Sammeln und verfolgen Sie die Daten der Ursachenanalyse, um für Verbesserungen Prioritäten zu setzen.



## X. Die Dokumentation

Nach einem Zwischenfall muss vom zuständigen medizinischen Betreuer eine vollständige, genaue und sachliche Darstellung der sachdienlichen klinischen Information über das Ereignis der Krankenakte beigefügt werden. Diese sollte Maßnahmen beinhalten, die zur Betreuung des Patienten getroffen wurden, sowie die laufenden Behandlungspläne.

Alle Kommunikationen mit dem Patienten und seiner Familie sind ebenfalls zu dokumentieren, einschließlich Ort, Datum und Zeit, Teilnehmer, Gesprächsinhalte, Reaktion des Patienten, das vom Patienten gezeigte Ausmaß an Verständnis sowie die nächsten, vom Patienten und jedem einzelnen Betreuer oder den Mitarbeitern der Einrichtung zu setzenden Schritte.

### Argumentation und Evidenz

Die Dokumentation ist wesentlich für eine entsprechende medizinische Betreuung des Patienten, aber auch, weil sie ermöglicht, aus dem Ereignis zu lernen, und weil sie für den Fall einer nachfolgenden gerichtlichen oder behördlichen Aktion genaue Aufzeichnungen liefert.

Um nach einem schweren unerwünschten Ereignis potenziell verwirrende oder widersprüchliche Mitteilungen zu vermeiden, ist es essenziell, dass alle Parteien Zugriff auf genaue und vollständige Informationen über das Ereignis sowie darauf haben, was dem Patienten und seiner Familie mitgeteilt wurde. Diese Dokumentation dient auch als historische Information zur späteren Verwendung im Falle eines Rechtsstreits.

Die Dokumentation der Besprechung des Ereignisses mit dem Patienten und seiner Familie braucht kein Grund zur Sorge sein, wenn sie im Rahmen des Kommunikationsprozesses mit allen Beteiligten erstellt wurde. Eine einwandfreie Dokumentation dient den Interessen sowohl des Patienten als auch der medizinischen Betreuer und ist einer guten Patientenversorgung förderlich.

### Empfehlungen

(Aus ASHRM [American Society for Healthcare Risk Management], 2001)

**1** Die klinischen Details des Ereignisses sollten von den am stärksten involvierten und am besten informierten Mitgliedern des medizinischen Betreuerteams dokumentiert werden und folgendes enthalten:

- ▶ Objektive Details des Ereignisses, einschließlich Datum, Zeit und Ort.
- ▶ Den Zustand des Patienten unmittelbar vor dem Zeitpunkt des Ereignisses
- ▶ Die medizinische Intervention und die Reaktion des Patienten
- ▶ Die Benachrichtigung des Arztes (der Ärzte)

**2** Die mit der primären Kommunikation beauftragte Person sollte sobald wie möglich nach dem Ereignis mit dem Patienten und seiner Familie sprechen. Diese Person kann der in das Ereignis involvierte Arzt oder der verantwortliche (Kader-) Arzt des beteiligten Dienstes sein.

(Siehe Abschnitt II B)

- 3 Die Dokumentation sollte folgendes enthalten:
  - ▶ Zeit, Datum und Ort des Gesprächs.
  - ▶ Namen und Beziehungen der am Gespräch beteiligten Personen.
  - ▶ Die Besprechung des Ereignisses.
  - ▶ Die Reaktion des Patienten und das vom Patienten gezeigte Ausmaß an Verständnis.
  - ▶ Zusätzliche Informationen, welche dem Patienten und seiner Familie oder, wenn zutreffend, dem gesetzlichen Vertreter gegeben wurden.
  - ▶ Jedes Hilfsangebot und die Reaktion darauf.
  - ▶ Die vom Patienten oder seiner Familie gestellten Fragen und die Antworten auf diese Fragen.
  - ▶ Eine Anmerkung, dass, sobald neue Informationen verfügbar sind, diese dem Patienten, der Familie oder dem gesetzlich legitimierten Vertreter mitgeteilt werden.
  - ▶ Die nächsten, vom Patienten und allen medizinischen Betreuern oder vom Personal der Einrichtung zu setzenden Schritte
  - ▶ Alle Follow-Up-Gespräche.
- 4 Die Dokumentation sollte jegliche abwertenden Bemerkungen über andere Betreuer sowie Eintragungen vermeiden, die selbstwertstützend erscheinen.

## XI. Die Berichterstattung

Zwischenfälle sollten umgehend den leitenden Personen, dem Risikomanagement und anderen betroffenen Parteien berichtet werden, um eine geeignete Behandlung des Patienten und die Kommunikation mit ihm und seiner Familie sicherzustellen und institutionelles Lernen zu fördern. Die Berichterstattung ist auch erforderlich, um den von verschiedenen externen Behörden, wie dem Department of Public Health (DPH), dem Board of Registration in Medicine (BRM), der Food and Drug Administration (FDA) oder der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) erlassenen spezifischen Vorschriften zu entsprechen. (Analog für die Schweiz etwa: Kantonsbehörden und Trägerschaften, Bundesbehörden, Qualitäts- und Patientensicherheitsinstitutionen; Anmerkung der Stiftung) Die Patienten sollten über die an die Behörden erstatteten Berichte informiert werden.

Die medizinischen Leistungserbringer und Krankenhäuser haben auch die Verpflichtung, ihre Haftpflichtversicherer über bestimmte Arten von Zwischenfällen zu informieren, insbesondere über solche mit einem Potenzial für künftige Behandlungsfehlerklagen oder Schadenersatzforderungen.

### Begründung und Evidenz

Berichterstattung ist der erste Schritt, aus einem Ereignis zu lernen. In einem Krankenhaus, das sich der Sicherheit verpflichtet, folgt der Berichterstattung eine eingehende Untersuchung zur Aufdeckung der dem Ereignis zugrunde liegenden Systemfehler, mit dem Ziel der Neugestaltung der Systeme in einer Art und Weise, welche die Wahrscheinlichkeit einer Patientenschädigung vermindert.

Dieser Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass unerwünschte Ereignisse und Fehler Symptome eines mangelhaften Systems darstellen und nicht selbst als Mängel anzusehen sind. Die Berichterstattung bietet den Zugang zur Untersuchung und Analyse von Systemmängeln, die, wenn sie sachkundig durchgeführt wird, zu substantziellen Systemverbesserungen führen kann.

Zwar ist die Berichterstattung an die externen Behörden für die Zulassung, allenfalls Akkreditierung und Zertifizierung etc. erforderlich, doch ist sie auch wichtig, damit die aus Zwischenfällen gezogenen Lehren auch auf breiter Basis anderen Institutionen zugute kommen. Beispielsweise geben in Massachusetts die Behörden regelmäßig Sicherheitswarnungen und Ratgeber heraus, die auf berichteten Zwischenfällen an medizinischen Institutionen in Massachusetts beruhen. Die JCAHO verbreitet diese Erfahrungen durch ihre Sentinel Events Alerts. Zulassungsbehörden, wie die FDA, verlangen im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion ebenfalls eine Berichterstattung, um speziell gefährliche Situationen zu identifizieren, die einer dringenden Korrektur bedürfen.

### Empfehlungen

- 1 Krankenhäuser benötigen ein internes Berichtswesen, das:
  - ▶ die Personen oder Departemente identifiziert, die bei einem Zwischenfall zu informieren sind
  - ▶ spezifiziert, wie ein Zwischenfall gemeldet werden soll
  - ▶ definiert, wer für die Berichterstattung verantwortlich ist
  - ▶ den Ablauf dafür definiert, was nach der Meldung des Zwischenfalls zu geschehen hat

- 2 Das System sollte auf die Berichte reagieren, d.h., dass diejenigen, die berichten, auch erkennen können, dass der Bericht zu Untersuchungen und, wo immer möglich, zu korrigierenden Maßnahmen führt.
- 3 Das System muss auch als sicher angesehen werden, ohne Risiko der Zensur oder Disziplinierung der Person, die den Bericht erstattet.
- 4 Die Krankenhäuser müssen Verfahren etablieren, mit denen Zwischenfälle gemeldet werden, die den Meldeerfordernissen der verschiedenen Behörden und institutionellen Partnern entsprechen, und gleichzeitig die Verpflichtung des Krankenhauses gegenüber seinen Versicherern berücksichtigen.
- 5 Da manche Zwischenfälle das Interesse der Medien erwecken, sollten die PR-Abteilungen der Krankenhäuser von schwerwiegenden Ereignissen umgehend informiert werden, damit Informationswünsche in geeigneter Weise behandelt werden können

#### Das Berichtssystem sollte:

- ▶ Klarstellen, wer zu informieren ist.
- ▶ Spezifizieren, wie der Zwischenfall zu berichten ist.
- ▶ Definieren, wer zu berichten hat.
- ▶ Den Prozess zur Reaktion auf das Ereignis definieren.
- ▶ Der Bericht sollte zu einer Untersuchung und zu Korrekturmaßnahmen führen.
- ▶ Die Berichterstattung muss sicher sein.
- ▶ Installieren Sie Verfahren, welche die erforderliche Berichterstattung an die Behörden sicherstellen.
- ▶ Informieren Sie die Public-RelationsAbteilung/Kommunikationsabteilung.

# Anhänge

## ANHANG A

### Worte für die Kommunikation mit den Patienten

Auch nach Durchsicht der oben angeführten Leitlinien für das Eingeständnis eines unerwünschten Ereignisses am Patienten ist es vielleicht hilfreich, einige modellhafte Formulierungen zu überlegen. Im Falle eines Medikamentenirrtums könnten Sie etwa folgendes sagen:

- ▶ *Ich möchte Ihnen sagen, was passiert ist. Wir haben Ihnen ein Mittel zur Chemotherapie, Carboplatin, gegeben, anstatt Pamidronat, das Sie eigentlich erhalten sollten.*
- ▶ *Ich möchte mit Ihnen darüber reden, was das für Ihre Gesundheit bedeutet, aber zuerst möchte ich mich bei Ihnen entschuldigen.*
- ▶ *Es tut mir sehr leid. Das hätte nicht passieren dürfen. Im Moment kann ich nicht genau sagen, wie das passiert ist, aber ich verspreche Ihnen, dass wir herausfinden werden, was geschehen ist, und alles tun werden, um sicherzustellen, dass es nicht wieder passiert. Sobald ich etwas weiß, erfahren Sie von mir, was wir herausgefunden haben, aber es wird einige Zeit brauchen, um allen Dingen auf den Grund zu gehen.*
- ▶ *Ich möchte Ihnen nochmals sagen, wie leid es mir tut, dass das passiert ist.*
- ▶ *Was hat das nun für Folgen für Ihre Gesundheit? Sie haben nur einen Bruchteil der üblichen Dosis von Carboplatin erhalten. Es ist daher unwahrscheinlich, dass Sie von dieser Infusion irgendwelche negativen Folgen erleiden. Ich möchte Sie aber in den nächsten Wochen sorgfältig überwachen. Bei Patienten, die eine volle Dosis erhalten haben, rechnen wir mit folgenden Nebenwirkungen: ... Normalerweise wird bei Patienten, die wir wegen dieser Nebenwirkungen überwachen, folgendes überprüft: ... Wir behandeln diese Nebenwirkungen mit ... Kommen Sie bitte morgen in meine Klinik, damit wir ...*

## ANHANG B

### Eine Fallstudie zur Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie

Frau Dr. Smith war eine 42-jährige Patientin, die sich während ihres Urlaubs Sorgen über ein mögliches Rezidiv ihrer Brustkrebserkrankung machte. Aus diesem Grund kam sie vorzeitig aus ihrem Urlaub zurück, um sich am Dana Farber Cancer Institute untersuchen zu lassen. Die Untersuchungen bestätigten das Rezidiv und zeigten Lebermetastasen. Dr. Smith wollte dringend eine Behandlung beginnen und entschied sich für die Teilnahme an einer klinischen Studie. Sie war die erste in diese Studie aufgenommene Patientin und erhielt ihre erste Chemotherapie-Dosis ohne irgendeinen Vorfall. Drei Wochen später, bei ihrem zweiten Chemotherapie-Termin, deutete sie ihrem Onkologen an, dass die Dinge sich etwas verschlimmert hätten. Am selben Abend erhielt der Dr. Smith behandelnde Onkologe einen Anruf des Studien-Pharmazeuten, der berichtete, dass die Patientin nur das Verdünnungsmittel ohne das aktive Chemotherapeutikum erhalten hatte.

Der Onkologe erkannte die Notwendigkeit, diesen Irrtum seiner Patientin einzugestehen, und beschloss, sie zu Hause aufzusuchen, da er in einer nahegelegenen Gemeinde wohnte. Er wollte dadurch seiner Patientin einen unnötigen Besuch in der Klinik ersparen. Er gestand den Irrtum ein und entschuldigte sich. Er wies darauf hin, dass es keine Daten gäbe, die langfristig negative Auswirkungen erwarten ließen. Dr. Smith und ihr Ehemann verlangten, dass der Vorgang der Verabreichung des Studienmedikaments so verändert würde, dass das Risiko einer Wiederholung dieses Fehlers bei einer anderen Patientin minimiert würde. Darüber hinaus verlangten sie eine Entschädigung in irgendeiner Form. Dr. Smith und ihr Ehemann stellten von Beginn an klar, dass sie beide von Natur aus oder aufgrund ihrer Erfahrung mit der Medizin nicht streitsüchtig seien und keinen Anwalt einschalten oder irgendeine Bekanntgabe an die Öffentlichkeit wollten.

Als Reaktion auf dieses Ereignis trafen sich die medizinischen und die Pflegeleiter mit Dr. Smith und ihrem Ehemann, um weiter über ihre Besorgnis wegen des Fehlers und über ihre Entschädigungswünsche zu sprechen.

Hinsichtlich der Entschädigungswünsche wurde eine interne Teambesprechung mit breiterer institutioneller Repräsentation angesetzt, um den Fall zu überprüfen. Teilnehmer waren der Onkologe der Patientin, ein Regulierungsbeauftragter des Haftpflichtversicherers, ein Rechtsanwalt, das Risikomanagement, die oberste medizinische und die Pflegeleitung, die oberste Verwaltungsebene und der Krankenhausethiker. Das Team war etwas überrascht, dass die Patientin eine Entschädigung verlangt hatte, die über die Barauslagen für zusätzliche Arztbesuche hinausgingen. Das Team versuchte zu ergründen, was die Patientin wollte, und beschloss, sie einfach zu fragen. Man entschied, dass die oberste ärztliche, Pflege- und administrative Leitung sich mit der Patientin und ihrem Ehegatten treffen sollte. Der Onkologe der Patientin war der Meinung, er sollte nicht dabei sein, damit die Patientin Gelegenheit hätte, ihre Bedenken ohne Rücksichtnahme zu äußern; darüber hinaus wollte er nicht, dass seine weitere therapeutische Beziehung zur Patientin und ihrer Familie belastet würde.

Das Treffen mit Dr. Smith und ihrem Ehemann fand statt, und es gab eine umfassende und offene Diskussion über die Untersuchung des Ereignisses, die potenziellen Faktoren, die zu dem Fehler beigetragen hatten und die Pläne zur Reduktion von Fehlern. Darüber hinaus wurden die Patientin und ihr Ehemann befragt, warum sie eine finanzielle Entschädigung verlangten. Sie erklärten, dass sie es

als angemessene Geste seitens der Institution empfinden würden, sowohl den Fehler als auch seine emotionale Auswirkung auf die Patientin und ihre Familie anzuerkennen. Die verlangte Summe war bescheiden und hatte ganz offensichtlich symbolischen Charakter. Die Institution bot die Entschädigung im Tausch gegen einen Klageverzicht an.

Dr. Smith und ihr Ehemann waren mit diesem Wunsch einverstanden. Dr. Smith brachte klar zum Ausdruck, dass sie mit ihrem Arzt und der Institution zufrieden war. Sie wünschte, ihre Behandlung mit demselben Team fortzusetzen und tat dies dann auch. Das Treffen wurde sowohl von der Patientin und ihrem Ehemann als auch von den Vertretern des Krankenhauses als positiv empfunden, da die erzielte Einigung das Ereignis zu einem Abschluss brachte.

## ANHANG C

### Elemente einer Unterstützung medizinischer Betreuer

#### 1 Emotionale Unterstützung

Unerwünschte medizinische Ereignisse bedeuten eine Zeit belasteter Emotionen und hektischer Aktivitäten in einer Reihe klinischer Dienste. Es bedarf eines klar definierten Prozesses, um in diesen Situationen eine wirksame, das Klinikpersonal unterstützende Reaktion abzuschätzen, zu aktivieren und zu überwachen. Da unerwünschte Ereignisse unter unterschiedlichen Umständen und in verschiedenen örtlichen Gegebenheiten auftreten, ist eine flexible Reaktion erforderlich, um die am besten geeignete emotionale Unterstützung zu geben. Dies kann dadurch erreicht werden, dass eine qualifizierte Gruppe von Personen ausgebildet wird und für eine erste Reaktion zur Verfügung steht, um das vorliegende unerwünschte Ereignis zu bewerten und die geeigneten Unterstützungsdienste zu koordinieren. Für die Erstreaktion geschulte Personen sollten Erfahrung in der Krisenberatung haben und 24 Stunden täglich, sieben Tage die Woche (24/7), verfügbar sein.

Das Timing und die Dauer der emotionalen Unterstützung sollten auf die individuellen Erfordernisse jener Klinikmitarbeiter zugeschnitten sein, die in das unerwünschte Ereignis involviert sind. Dies umfasst eine sofortige und Kurzeithilfe, die an Ort und Stelle und innerhalb der Institution durch Dienste wie ein Employee Assistance Program (EAP – Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm), das Risikomanagement, oder die Psychiatrie geleistet werden kann. Langzeithilfe bieten dem Krankenhaus angeschlossene oder unabhängige Dienste außerhalb der Institution, wie Dienste, welche durch private Berater oder durch Organisationen angeboten werden (in USA z.B. die Medically Induced Trauma Support Services – MITSS). Für die Kurzzeit- und Langzeitunterstützung wäre eine Vernetzung nützlich, durch welche die medizinischen Betreuer über das gesamte Kontinuum einen nahtlosen Zugang zu den Diensten haben, die gerade benötigt werden.

Es ist wichtig, dass die von einem unerwünschten Ereignis betroffenen medizinischen Betreuer mit der ihnen zur Verfügung gestellten Art der Unterstützung zufrieden sind, wenn sie aus diesen Diensten tatsächlich Nutzen ziehen wollen. Um dies zu erreichen, ist es von größter Bedeutung, dass die medizinischen Betreuer bereits vorher hinsichtlich der verfügbaren Unterstützungsdienste und der Reaktionsmechanismen auf unerwünschte Ereignisse geschult worden sind. Der Bedarf an emotionaler Hilfe ist individuell unterschiedlich, und es ist wichtig, dass die medizinischen Betreuer mit den angebotenen Unterstützungsdiensten in Verbindung bleiben, so dass Interventionen möglich sind, wenn die Betreuer dafür bereit sind und Hilfe benötigen. Es kann hilfreich sein, für die einzelnen medizinischen Betreuer Fürsprecher des Departements zu bestimmen, welche die Verbindung zu den Unterstützungsinterventionen herstellen und aufrechterhalten. Es ist auch wichtig, Einzel- und Gruppenberatungen anzubieten, je nach den Bedürfnissen und dem Gemütszustand der medizinischen Betreuer.

Die emotionale Auswirkung eines unerwünschten Ereignisses auf die medizinischen Betreuer kann deren Fähigkeit beeinträchtigen, im klinischen Bereich sicher zu agieren. Die Dienste zur emotionalen Unterstützung zielen darauf ab, die schädlichen Folgen für die Betreuer zu minimieren und eine baldige und gesunde Rückkehr zu normalen Aktivitäten zu ermöglichen. Zusätzlich zu den emotional



unterstützenden Diensten sollten die Institutionen die Ausarbeitung von Bestimmungen erwägen, die es einem betroffenen medizinischen Betreuer ermöglichen, in Krankenstand zu gehen, Urlaub zu nehmen, freigestellt zu werden oder alternative klinische Tätigkeiten zu übernehmen, bis er in der Lage ist, seine regulären Tätigkeiten wieder aufzunehmen.

Berater oder durch Organisationen angeboten werden (in USA z.B. die Medically Induced Trauma Support Services – MITSS). Für die Kurzzeit- und Langzeitunterstützung wäre eine Vernetzung nützlich, durch welche die medizinischen Betreuer über das gesamte Kontinuum einen nahtlosen Zugang zu den Diensten haben, die gerade benötigt werden.

## 2 Unterstützung des «Post-Event»Managements

Die Unterstützungsmaßnahmen nach unerwünschten medizinischen Ereignissen sollten auch Dienstleistungen umfassen, welche die beeinträchtigte Fähigkeit des medizinischen Betreuers fördern, sich wirksam an der Evaluierung des unerwünschten Ereignisses zu beteiligen. Das Festhalten der Tatsachendetails im Umfeld des Ereignisses ist entscheidend für eine konsistente Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie sowie für die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses. Es ist auch entscheidend für die Maximierung des kollaborativen Lernens aus dem Ereignis, um künftig eine Wiederholung zu verhindern. Ebenso wie bei der emotionalen Unterstützung ist es wichtig, einen organisierten Prozess etabliert zu haben, der 24 Stunden täglich und 7 Tage die Woche (24/7) aktiviert werden kann. Eine Situationsbesprechung mit den involvierten klinischen Betreuern sollte innerhalb kurzer Zeit nach dem Ereignis (24 – 48 Stunden) einzeln oder in einer Gruppensitzung durchgeführt werden, abhängig von den Umständen des Ereignisses und dem Befinden des Betreuers.

Eine genaue Dokumentation des Ereignisses ist nicht nur zur Förderung einer transparenten Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie wichtig, sondern auch als solide Basis für Initiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit nach einem Ereignis. Schulungen und Ressourcen sollten für die medizinischen Betreuer schon verfügbar sein, bevor ein Ereignis eintritt, und direkte Unterstützung ist hilfreich, wenn ein Ereignis eingetreten ist. Die Dokumentation sollte so rasch wie möglich nach einem Ereignis erfolgen, solange Chronologie und Details den medizinischen Betreuern noch deutlich in Erinnerung sind.

Die initiale Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie ist eine kritische Periode für die Entstehung oder Aufrechterhaltung einer Beziehung, die von Vertrauen und Transparenz geprägt ist. Sie ist für jeden, der in ein unerwünschtes Ereignis involviert ist, eine unangenehme, emotionale und peinliche Interaktion. Wurden die medizinischen Betreuer nicht darin geschult und trainiert, wie sie diese Situation bewältigen, können selbst die besten Absichten des Betreuers zu Missverständnissen und einer raschen Verschlechterung der offenen Kommunikation führen. Die medizinischen Betreuer sollten schon im Vorhinein ein Training in den erforderlichen Fähigkeiten für eine wirksame Kommunikation nach einem unerwünschten Ereignis erhalten. Ebenso sollten nach einem unerwünschten Ereignis ein Coaching und eine Unterstützung durch geschulte Berater verfügbar sein, um den Kommunikationsprozess zu erleichtern. Es ist wichtig, dass die Kommunikation in einer für den Patienten, seine Familie und den medizinischen Betreuer sicheren, vertraulichen und angenehmen Umgebung erfolgt.

Der Ablauf der Evaluierung des Ereignisses stellt für den medizinischen Betreuer eine belastende Periode dar. Nach einem unerwünschten Ereignis wird eine Reihe von Prozessen aktiviert, und die medizinischen Betreuer sind oft über ihre Rolle und Verantwortung mit dem Fortschreiten der Evaluierung nicht informiert. Auf ein Ereignis vorbereitende Schulungen und Ressourcen sollten verfügbar sein und einen Überblick über den Prozess geben. Nach einem Ereignis kann es hilfreich sein, einen Fürsprecher für die involvierten Betreuer zu haben, der sie während des Evaluierungsprozesses begleitet und unterstützt.

## ANHANG D

### Kommunikationstraining

#### Die grundlegenden Schritte für das medizinische Gespräch<sup>28</sup>

- ▶ Vorbereiten
- ▶ Das Gespräch einleiten
- ▶ Aktiv zuhören
- ▶ Das Gehörte bestätigen
- ▶ Antworten

#### Kommunikation nach einem Skills-based-Modell<sup>26</sup>

- ▶ Vorbereitung
  - Überprüfen Sie die Fakten.
  - Identifizieren Sie die geeigneten Teilnehmer und binden Sie diese ein.
  - Wählen Sie eine geeignete Umgebung aus.
- ▶ Verbale Einleitung des Gesprächs
  - Stellen Sie fest, ob der Patient und seine Familie zur Teilnahme bereit sind.
  - Schätzen Sie die medizinische Bildung und Verständnisfähigkeit des Patienten und seiner Familie ein.
  - Stellen Sie das allgemeine medizinische Verständnisniveau des Patienten und seiner Familie fest.
- ▶ Präsentation der Fakten
  - Beschreiben Sie auf einfache Weise, was passiert ist,
  - Was zu diesem Zeitpunkt über die Folgen bekannt ist.
  - Beschreiben Sie die nächsten Schritte.
- ▶ Anerkennen Sie aufrichtig das Leid des Patienten und seiner Familie.
- ▶ Abschluss des Gesprächs
  - Fassen Sie zusammen.
  - Wiederholen Sie die aufgeworfenen Fragen.
  - Legen Sie die weitere Vorgangsweise (das Follow-Up) fest
- ▶ Dokumentation
  - Beschreiben Sie das Ereignis
  - Beschreiben Sie das Gespräch
- ▶ Weitere Überlegungen zur Kommunikation
  - Kein medizinischer Jargon
  - Beachten Sie kulturelle/Sprachbarrieren
  - Sprechen Sie langsam
  - Beachten Sie die Körpersprache
  - Weder mit Information überschütten noch übersimplifizieren
  - Geben Sie ausreichend Zeit für Fragen – monopolisieren Sie nicht das Gespräch

## ANHANG E

### JCAHO-Bibliographie über Offenlegung medizinischer Zwischenfälle (Medical Error Disclosure)\*

- > AMA's Council on Ethical and Judicial Affairs, «E-8.12 Patient Information,» Code of Medical Ethics: Current Ethical Opinions, Chicago: American Medical Association, June 1994, one page.  
[www.ama-assn.org/ama/pub/category/2503.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2503.html)
- > Baker, Susan Keane, «Chapter 15: Adverse Patient Outcomes,» IN Managing Patient Expectations, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998, p.213 – 222.
- > Barron, William M. and Kuczewski, Mark G., «Unanticipated Harm to Patients: Deciding When to Disclose Outcomes,» Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29 (10) October 2003, p.551–5.
- > Berlinger, Nancy, «Ethical Considerations in Policy Development,» Patient Safety and Quality Healthcare, 1 (2) October – December 2004, p.22–4.
- > Berman, Steven, «Reporting Outcomes and Other Issues in Patient Safety: An Interview with Albert Wu,» The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 28 (4) April 2002, p.197–204.
- > Bonacum, Doug, et al., «Communicating About Episodes of Harm to Patients,» IN: Leonard, Michael, et al., Achieving Safe and Reliable Healthcare, Chicago: Health Administration Press, 2004, Chapter Six, p.93–112.
- > «Build the Public's Trust by Dealing Openly With Errors,» AHA News, 35 (30) August 2, 1999, p.6.
- > Cain, Brad, «You Might Want to Sit Down,» HealthLeaders, 6 (5) May 2003, p.22.
- > «A Call for Candor Without Fear,» American Medical News, 46 (27) July 21, 2003, p.14.
- > «Chapter Six: Ethical Considerations,» IN: What Every Hospital Should Know About Sentinel Events, Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000, p.89–106.
- > «Condolences Are Fine, But Be Careful What You Say,» Healthcare Risk Management, 23 (6) June 2001, p.67–8.
- > Crane, Mark, «What To Say If You Made a Mistake,» Medical Economics, 78 (16) August 20, 2001, p.26–8, 33–6.
- > Croteau, Richard J., «Editorial: All Outcomes Should Be Disclosed,» Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29 (10) October 2003, p.556–7.
- > Darr, Kurt, «Uncircling the Wagons: Informing Patients About Unanticipated Outcomes,» Hospital Topics, 79 (3) Summer 2001, p.33–5.
- > Disclosure of Unanticipated Events: The Next Step in Better Communication with Patients, Chicago: American Society for Healthcare Risk Management, May 2003, 14pp.
- > «Disclosure Requires Some Hard Choices,» Healthcare Risk Management, 23 (12) December 2001, p.137–40.
- > Frenkel, Douglas N. and Liebman, Carol B., «Words That Heal,» Annals of Internal Medicine, 140 (6) March 16, 2004, p.482–3. (Editorial to article by Mazor, et al.)
- > Gallagher, Thomas H., et al., «Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors,» JAMA, 289 (8) February 26, 2003, p.1001–7.
- > Haddad, Amy, «'Fess Up' to Patients?» RN, 66 (9) September 2003, p.27–30. Hebert, Philip C., «Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective,» Drug Safety, 24 (15) 2001, p.1095–1104.

- > Hebert, Philip C., «Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective,» *Drug Safety*, 24 (15) 2001, p.1095–1104.
- > Hebert, Philip C., et al., «Bioethics for Clinicians: 23. Disclosure of Medical Error,» *Canadian Medical Association Journal*, 164 (4) February 20, 2001, p.509–13.
- > Hobgood, Cherri, et al., «Medical Errors: What and When: What Do Patients Want to Know?» *Academic Emergency Medicine*, 9 (11) November 2002, p.1156–61.
- > Johnson, Connie and Horton, Sue, «Owning Up to Errors; Put an End to the Blame Game.» *Nursing* 2001, 31 (6) June 2001, p.54–5.
- > Kachalia, Allen, et al., «Does Full Disclosure of Medical Errors Affect Malpractice Liability? The Jury Is Still Out,» *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29 (10) October 2003, p.503–11.
- > Kraman, Steve S., et al., «Advocacy: The Lexington Veterans Affairs Medical Center,» *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28 (12) December 2002, p.646–50.
- > Kraman, Steve S. and Hamm, Ginny, «Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy,» *Annals of Internal Medicine*, 131 (12) December 21, 1999, p.963–7. (see also Wu, 1999)
- > Lamb, R., «Open Disclosure: The Only Approach to Medical Error,» *Quality and Safety in Health Care*, 13 (1) February 2004, p.3–5.
- > Lamb, Rae M., et al., «Hospital Disclosure Practices: Results of a National Survey,» *Health Affairs*, 22 (2) March/April 2003, p.73–83.
- > Liebman, Carol B. and Hyman, Chris Stern, «A Mediation Skills Model to Manage Disclosure of Errors and Adverse Events to Patients,» *Health Affairs*, 23 (4) July/August 2004, p.22–32.
- > Lindblad, Brad, et al., «Mary Lanning Memorial Hospital: Communication Is Key,» *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30 (10) October 2004, p.551–8.
- > Mazor, Kathleen M., et al., «Health Plan Members' Views on Forgiving Medical Errors,» *American Journal of Managed Care*, 11 (1) January 2005, p.49–52.
- > Mazor, Kathleen M., et al., «Communicating with Patients about Medical Errors,» *Archives of Internal Medicine*, 164 (15) August 9 23, 2004, p.1690–7.
- > Mazor, Kathleen M., et al., «Health Plan Members' Views About Disclosure of Medical Errors,» *Annals of Internal Medicine*, 140 (6) March 16, 2004, p.409–18. (see also editorial by Frenkel and Liebman)
- > «Medical Mistakes: Tell Patients, Families Say Risk Managers in National Survey,» *QRC Advisor*, 16 (11) September 2000, p.12.
- > Morath, Julie and Hart, Terry, «Partnering with Families: Disclosure and Trust,» IN: *Patient Safety Initiative 2000; Spotlight on Solutions; Compendium of Successful Practices, Volume One*, Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001, p.247–51.
- > Nowicki, Michael and Chaku, Maneesh, «Do Healthcare Managers Have an Ethical Duty to Admit Mistakes?» *Healthcare Financial Management*, 52 (10) October 1998, p.62–4.
- > O'Connell, Daniel and Reifsteck, Sandra W., «Disclosing Unexpected Outcomes and Medical Error,» *Journal of Medical Practice Management*, 19 (6) May–June 2004, p.317–23.
- > O'Connell, Daniel, et al., «Disclosing Unanticipated Outcomes and Medical Errors,» *Journal of Clinical Outcomes Management*, 10 (1) January 2003, p.25–9.

- > Ott, Mary, «Key Considerations on Drafting a Policy on Disclosure of Unanticipated Outcomes,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.27–34. (Includes sample policy from Sisters of Mercy Health System, St. Louis, MO)
- > Perspective on Disclosure of Unanticipated Outcome Information. Chicago: American Society for Healthcare Risk Management, April 2001, 20pp.
- > Popp, Pamela L., «How To – And Not To – Disclose Medical Errors to Patients,» *Managed Care*, 11 (10) October 2002, p.52–3.
- > Porto, Grena G., «The Risk Manager's Role in Disclosure of Medical Error: Seeing Ourselves as Others See Us,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.19–24.
- > Porto, Grena G., «Disclosure of Medical Error: Facts and Fallacies,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.67–76.
- > Robeznieks, Andis, «The Power of an Apology,» *American Medical News*, 46 (28) July 28, 2003, p.9,10.
- > Rosner, Fred, et al., «Disclosure and Prevention of Medical Errors,» *Archives of Internal Medicine*, 160 (14) July 24, 2000, p.2089–2092.
- > Schwappach, David L.B. and Koeck, Christian M., «What Makes an Error Unacceptable? A Factorial Survey on the Disclosure of Medical Errors,» *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (4) August 2004, p.317–24.
- > Smetzer, Judy, «Prescriptions for Safety,» *AHA News*, 36 (11) March 20, 2000, p.7.
- > Talking to Patients About Health Care Injury: Statement of Principle. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation, November 14, 2000, one page ([www.npsf.org/statement.htm](http://www.npsf.org/statement.htm))
- > «Telling the Truth: Why You Should Disclose Medical Errors to Your Patients,» *Briefings on Patient Safety*, 3 (7) July 2002, p.7–9.
- > Volker, Deborah L. and Clark, Angela P., «Taking the High Road: What Should You Do When an Adverse Event Occurs?» *Clinical Nurse Specialist*, 18 (4) July–August 2004, p.180–2.
- > Walton, Merrilyn, *Open Disclosure To Patients or Families After an Adverse Event; A Literature Review*, Sydney, Australia: Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Open Disclosure Project, November 2001, 55pp. ([www.nsh.nsw.gov.au/teach\\_research/cpiu/CPIUwebdocs/WebversionLiteratureReview.pdf](http://www.nsh.nsw.gov.au/teach_research/cpiu/CPIUwebdocs/WebversionLiteratureReview.pdf) (accessed 4/02))
- > Wojcieszak, Doug, «One Med-Mal Resolution: Simply Saying 'Sorry' Works,» *Crain's Chicago Business*, 27 (30) July 26, 2004, p.11.
- > Wu, Albert W., see also Berman, Steven.
- > Wu, Albert W., «Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense?» *Annals of Internal Medicine*, 131 (12) December 21, 1999, p.970–2. (see also Kraman)
- > Wu, Albert W., et al., «To Tell the Truth; Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients,» *Journal of General Internal Medicine*, 12 (12) December 1997, p.770–5.
- > Wusthoff, Courtney J., «MSJAMA: Medical Mistakes and Disclosure: The Role of the Medical Student,» *JAMA*, 286 (9) September 5, 2001, p.1080–1.
- \* [www.jcipientsafety.org/show.asp?dur-ki=9772&site=149&return=9334](http://www.jcipientsafety.org/show.asp?dur-ki=9772&site=149&return=9334)

# Literaturreferenzen

- 1 Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- 2 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- 3 Senge P. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday, 1990.
- 4 ASHRM. Survey Definitions. Vol.2004: <http://medicine.wustl.edu/cgi/survey.cgi>, 2004.
- 5 Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289:1001–7.
- 6 Vincent C. Understanding and responding to adverse events. New England Journal of Medicine. 2003; 348:1051–6.
- 7 Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. The Lancet 1994; 343:1609–1614.
- 8 Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Archives of Internal Medicine 1996; 156: 2565–9.
- 9 Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Attitudes after unintended injury during treatment: a survey of doctors and patients. WJM 1999; 171:81–83.
- 10 ASHRM. Perspectives on disclosure of unanticipated outcome information. Chicago, IL, 2001: [www.ashrm.org/asp/highlights/topics.asp](http://www.ashrm.org/asp/highlights/topics.asp).
- 11 Lazare A. On Apology, 2004.
- 12 Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? Joint Commission Journal on Quality & Safety 2003; 29:503–511.
- 13 Branson F. Personal Communication.
- 14 Vincent C, Pincus T, Scurr J. Patients' experience of surgical accidents. Qual Health Care 1993; 2:77–82.
- 15 Bonacum D. Personal communication, 2005.
- 16 Kraman SS, Cranfill L, Hamm G, Woodard T, John M. Eisenberg Patient Safety Awards. Advocacy: the Lexington Veterans Affairs Medical Center. Joint Commission Journal on Quality Improvement 2002; 28:646–50.
- 17 Hall S. U-M docs say sorry, avert suits,. Detroit News 2004.
- 18 COPIC. Personal communication 2005.
- 19 Studdert D, Thomas E, Zbar B, et al. Can the United States afford a «no fault» system of compensation for medical injury? Law and Contemporary Problems 1997; 60:1–34.
- 20 Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: The prospect for error prevention. JAMA 2001; 286:217–223.

- 21 Hilfiker D. Facing our mistakes. NEJM 1984; 310:118–122.
- 22 Christensen J, Levinson W, Dunn P. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992; 7:424 – 431.
- 23 Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med 1996; 5:71–75.
- 24 Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851–1857.
- 25 Devencenzi A. Effective Use of Critical Incident Stress Management (CISM) for Healthcare Professionals: 6th Annual NPSF Patient Safety Congress, 2004.
- 26 ASHRM. Disclosure: What Works Now & What Can Work Even Better. Chicago, 2004.
- 27 Pichert J, Hickson G. «Communicating Risk to Patients and Families.» In: Vincent C, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London: BMJ, 2001.
- 28 Buckman R. Breaking Bad News. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.



## Weitere Literatur zum Thema Offenlegung medizinischer Zwischenfälle (Medical Error Disclosure)

- > Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M et al., Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl Med* 2002; 347:1933-1940.
- > Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV. Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Qual Saf Health Care*. 2006 Apr;15(2):136-41.
- > Forsa-Institut. Behandlungsfehler. Repräsentative Befragung für die Techniker Krankenkasse. Berlin: Techniker Krankenkasse, 2002.
- > Frost A. Public disclosure of medical errors.2003. [www.bushsecrecy.org](http://www.bushsecrecy.org)
- > Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1585-93.
- > Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *Br Med J* 1999; 318:640-641.
- > Levinsky NG. Truth or consequences. *N Engl J Med* 1998, 338:913-915.
- > Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277:553-559.
- > Liang BA. A system of medical error disclosure. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:64-68.
- > Rosse PH, Nock SL. Measuring Social Judgements. The Factorial Survey Approach. London: Publications, 1982.
- > Runciman WB, Merry AF, Tito F. Error, blame, and the law in health care-an antipodean perspective. *Ann Intern Med* 2003; 138:947-979.
- > Schwappach DLB, Koeck CM. Improving patient-provider communications: a webaccess national health care survey panel. *Health Expert* 2003; 6:269-272.
- > Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002; 11:76-80.
- > von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschau* 2003; 155:318-325.
- > Zollinger U, Plattner T. Sicherer oder möglicher letaler Behandlungsfehler: Was ist zu tun?. *Praxis* 2005; 94: 1023-1029

# Adressen

NÖ Patienten- und  
Pflegeranwaltschaft **PPA**

## NÖ Patienten- und Pflegeranwaltschaft

Rennbahnstrasse 29, Tor zum Landhaus  
3109 St. Pölten, Österreich  
Telefon: +43 (0) 2742 9005-15575 oder  
+43 (0) 2742 9005-15635  
Telefax: +43 (0) 2742 9005-15660  
E-Mail: [post.ppa\(at\)noel.gv.at](mailto:post.ppa(at)noel.gv.at)  
Internet: [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com)



ÖSTERREICHISCHER  
GESUNDHEITS- UND  
KRANKENPFLEGE-  
VERBAND

## Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Wilheminenstraße 91/IIe  
1160 Wien, Österreich  
Telefon: +43 (0) 1 4782710  
Telefax: +43 (0) 1 4782710-9  
E-Mail: [ulrike.galuska@oegkv.at](mailto:ulrike.galuska@oegkv.at)  
Internet: [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at)



## Österreichische Ärztekammer

Körperschaft öffentlichen Rechts  
Weihburggasse 10-12  
1010 Wien, Österreich  
Telefon: +43 (0) 1 51406-0  
E-Mail: [post@aerztekammer.at](mailto:post@aerztekammer.at)  
Internet: [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)



## Stiftung für Patientensicherheit

Asylstrasse 77  
8032 Zürich, Schweiz  
Telefon: +41 (0) 43 243 76 70  
Telefax: +43 (0) 43 243 76 71  
E-Mail: [info@patientensicherheit.ch](mailto:info@patientensicherheit.ch)  
Internet: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



## Österreichische Plattform Patientensicherheit

(Austrian Network for Patient Safety ANetPAS)  
c/o: Institut für Ethik und Recht in der Medizin  
(Universität Wien)  
Spitalgasse 2-4, Hof 2.8, 1090 Wien, Österreich  
Telefon: +43 (0) 1 4277 22201  
Telefax: +43 (0) 1 4277 9222  
E-Mail: [maria.kletecka-pulker@univie.ac.at](mailto:maria.kletecka-pulker@univie.ac.at)  
Internet: [www.plattformpatientensicherheit.at](http://www.plattformpatientensicherheit.at)