



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 6

Kommunikation unerwünschter Ereignisse

Holtel M, Heun S, Neufang A, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H,
Reith A, Rode S, Spitzbarth A, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H
12.10.2017

Inhalt

1. Hintergrund/Evidenz	3
Unerwünschte Ereignisse in der Medizin	3
Offenlegung in Theorie und Praxis	3
2. Voraussetzungen	4
3. Ziele	4
4. Maßnahmen.....	5
5. Haltung und Verhaltensstrategie.....	6
6. Erklären der Methode.....	6
Gute Gründe für Offenlegung	6
Empirie	7
7. Anwendungsszenarien	8
8. Vorbereitung von Kommunikation	9
9. Durchführung	10
Gesprächsablauf.....	10
Nachbereitung.....	11
10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung	12
11. Literatur	12
Level	12
Bezeichnung	12
Erläuterung	12
12. Pocketversion	14
Anschrift für die Verfasser	14

1. Hintergrund/Evidenz

Unerwünschte Ereignisse in der Medizin

Massachusetts 2003: 2582 Patienten wurden über ihren wenige Monate zurückliegenden Aufenthalt in einer Klinik befragt. 603 (erstaunliche 23,4%) erklärten, dass sie dort mindestens ein unerwünschtes Ereignis (engl.: adverse event) wahrgenommen hatten (López et al. 2009; L IV). Als unerwünschtes Ereignis gelten alle schädlichen Vorkommnisse, die eher auf die Behandlung als auf die Erkrankung zurückzuführen sind. Sie können vermeidbar oder unvermeidbar sein. Vermeidbare Ereignisse beruhen auf einem Fehler in der Behandlung, unvermeidbare z.B. auf Nebenwirkungen, die bei der Behandlung in Kauf genommen werden (Hoffmann & Rohe 2010; L EL).

Insgesamt berichteten die Studienteilnehmer von 845 Ereignissen, einzelne Interviewpartner hatten bis zu 7 Ereignisse wahrgenommen. 47% davon waren im Zusammenhang mit der Medikation zu verzeichnen, nur 34% im Rahmen eines operativen Eingriffs. 75% wurden als ernsthaft eingeschätzt und 22% der Patienten gaben an, dass sie noch immer von den Folgen betroffen waren. Nur in 40% der Fälle hatte ein Mitarbeiter der Klinik mit dem Patienten über das unerwünschte Ereignis gesprochen (López et al. 2009; L IV). Nach verschiedenen Studien ist davon auszugehen, dass es mindestens bei 0,4 bis 16% der Klinikaufenthalte zu einem unerwünschten Ereignis kommt (O'Connor et al. 2010; L III). Und viel zu häufig wird darüber geschwiegen (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2017; L IV).

Offenlegung in Theorie und Praxis

Die überwiegende Mehrheit der Ärzte ist überzeugt: unerwünschte Ereignisse und durch die Behandlung verursachte Schäden sollten mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden. Auch von den Patienten wird die Offenlegung eines unerwünschten Ereignisses gewünscht. 1998 erwarteten unter 246 Patienten einer britischen Augenklinik 92%, dass ein Patient immer über eine Komplikation informiert werde. Die Ärzte stimmten dem immerhin zu 61% zu. 9 von 10 Patienten, aber nur ein Drittel der Ärzte meinte, dass der Patient so umfassend wie möglich über das Ereignis und mögliche spätere Komplikationen in Kenntnis gesetzt werden sollte (Hingorani et al. 1999; L IV). Patienten einer Notaufnahme in North Carolina wollten 2002 zu 76% über jeden medizinischen Fehler informiert werden und stimmten überwiegend zu, diese Fehler auch an Aufsichtsbehörden (92%) und hausinterne Komitees (99%) zu melden (Hobgood et al. 2002; L IV). In verschiedenen neueren Befragungen stimmten nahezu alle Ärzte überein, dass größere unerwünschte Ereignisse offengelegt werden sollen, bei kleineren Ereignissen vertraten noch 78% diese Meinung. In der Praxis haben allerdings nur wenige diesen Vorsatz in die Tat umgesetzt (5% bei großen Ereignissen, 41% bei kleinen). Dies erfolgt mit großen Schwankungen in Abhängigkeit von der nationalen Kultur. Es gibt in Europa ein Nord-Süd-Gefälle mit einer größeren Bereitschaft zur Offenlegung in den nördlichen Ländern (O'Connor et al. 2010; L III/Jones & McCullough 2013; L IV).

Im angloamerikanischen Raum ist die Entwicklung weit fortgeschritten. Die australische *Commission on Safety and Quality in Health Care* hat 2003 einen nationalen Standard für Offenlegung aufgesetzt, der vom Gesundheitsminister freigegeben wurde und den die einschlägigen Berufsverbände mittragen (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV). In den USA forderte 2006 die *Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors* eine strukturierte institutionelle Reaktion auf Behandlungsfehler mit den Zielen einer schnellen und umfassenden Offenlegung und einer emotionalen Unterstützung für Patienten und Angehörige wie für betroffene Mitarbeiter (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Zu dieser Zeit waren in den USA bereits hausinterne Vorgaben für die Offenlegung von unerwünschten Ereignissen üblich. Jedoch wurden Patienten nur in einem Drittel der Fälle vom Arzt darauf angesprochen (O'Connor et al. 2010; L III).

Für die allgemeine Zurückhaltung in der Praxis werden als Gründe genannt: Bedenken wegen der juristischen und finanziellen Folgen, Schwierigkeiten mit dem Überbringen schlechter Nachrichten und Unsicherheit über Ursachen und Zuweisung der Verantwortung (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Auch der mögliche Reputationsverlust, eine Beschädigung der Karriere und die Gefährdung der guten Beziehung zwischen Arzt und Patient werden aufgeführt (O'Connor et al. 2010; L III). Unter spanischen Ärzten war die Bereitschaft zur vollständigen Offenlegung eines Ereignisses vor allem von der Unterstützung durch die Einrichtung und der persönlichen Erfahrung mit solchen Gesprächen abhängig (Carrillo et al. 2017; L IV).

2. Voraussetzungen

Wegen der emotionalen Auswirkungen auf Patient und Behandler ist die Kommunikation eines unerwünschten Ereignisses für beide Seiten schwierig (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Hilfreich ist es, in der Gesundheitseinrichtung einen Standard zu setzen, der eingebunden ist in das Qualitäts- und Risikomanagement der Einrichtung und die kulturellen Besonderheiten vor Ort berücksichtigt. Eine Verfahrensweisung sollte die Schritte zur Identifizierung und professionellen Bearbeitung von unerwünschten Ereignissen und insbesondere vermeidbaren Patientenschäden verbindlich vorgeben (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV). Verschiedene regionale und nationale Empfehlungen bzw. ausformulierte Standards können als Anregungen für die Ausgestaltung einer hausinternen Vorgabe dienen: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2003, überarbeitet 2012; Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; Österreichische Plattform Patientensicherheit 2009, eine Übersetzung und Anpassung des Standards aus Massachusetts; Canadian Patient Safety Institute 2011; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013; Ärztekammer Nordrhein 2015, eine für Deutschland adaptierte Fassung des Schweizer Standards.

Nach deutschem Recht darf der Arzt mit dem Patienten über sämtliche Fakten offen sprechen. Die Bedingungen der Haftpflichtversicherung behalten dem Versicherer lediglich die rechtliche Würdigung vor, also die Anerkennung eines Anspruchs. Es sind durchaus Konstellationen denkbar, in denen zwar ein Behandlungsfehler vorliegt, es aber an der Kausalität zum tatsächlichen Schaden fehlt. Diese Entscheidung steht dem Versicherer zu.

Daher verbieten sich Aussagen wie: „Selbstverständlich verpflichte ich mich, den Schaden zu ersetzen“, „Für alle entstehenden Kosten komme ich auf“ oder „Ich bin für den Schaden verantwortlich“. Unkritisch ist dagegen eine wahrheitsgemäße Darlegung der Fakten, bei der die Frage nach Schuld oder Schicksal zunächst offenbleibt. Insbesondere kann kein Haftpflichtversicherer erwarten, dass der Arzt wahrheitswidrige Behauptungen zur Vermeidung von Ansprüchen aufstellt (Petry 2001; L EL). Das Gespräch mit dem Patienten gibt aber auch Gelegenheit, frühzeitig ungerechtfertigte Vorwürfe auszuräumen (Hansis 2004; L EL). Im Zweifel empfiehlt sich eine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Versicherer. Je nach Besonderheiten des Einzelfalls oder der Person des Patienten ist ein Interesse der Öffentlichkeit zu erwarten. Dann sollte auch frühzeitig an eine professionelle Krisenkommunikation gedacht werden (Hansis 2004; L EL).

3. Ziele

Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen zielt die Offenlegung der Fakten nach einem unerwünschten Ereignis darauf ab,

- Folgeschäden zu vermeiden durch entsprechende medizinische Gegenmaßnahmen;
- den als autonom ernstgenommenen Patienten so umfassend zu informieren, wie der aktuelle Kenntnisstand und die Verfassung des Patienten es erlauben;

- den professionellen und moralischen Ansprüchen der Behandler sowie den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden;
- dem Patienten durch Sachinformation die Verarbeitung des Ereignisses zu erleichtern;
- das Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Patient zu erhalten und zu stärken;
- den Patienten durch Ausdruck des Bedauerns oder durch eine Entschuldigung emotional zu unterstützen und weitere Traumatisierung zu vermeiden;
- eine juristische Eskalation zu vermeiden, die ein unwissend gehaltener, verärgerter Patient anstoßen könnte, und damit Zeit- und Kostenaufwand zu sparen;
- betroffenen Mitarbeitern durch eine Entschuldigung bei dem Geschädigten die Verarbeitung zu erleichtern;
- zu zeigen, dass aus Fehlern gelernt wird, um ähnliche Ereignisse in Zukunft zu vermeiden.

4. Maßnahmen

Seit 2001 gibt es einen *Juristischen Notfallkoffer*[®] für medizinische Schadensfälle (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Wünschenswert wäre, diesen in jeder Einrichtung um einen *Kommunikativen Werkzeugkasten für unerwünschte Ereignisse* zu ergänzen. Diesem hausinternen Standard können die Mitarbeiter folgen, sobald der Verdacht auf ein unerwünschtes Ereignis und insbesondere vermeidbaren Patientenschaden aufkommt. Der Standard sollte vorgeben, wie konkrete Vorfälle klassifiziert werden, von folgenlosen Fehlern über Fehler mit Beinahe-Schäden bis zu Schäden. Der Sonderfall provozierter Schäden, vor allem aus kriminellm Impuls, erfordert disziplinarische und polizeiliche Maßnahmen. Das Vorgehen für Schäden im eigenen Verantwortungsbe- reich unterscheidet sich von Schäden, die in anderen Einrichtungen verursacht wurden und erst in der eigenen Einrichtung auffallen.

Um die verbindliche und für alle Mitarbeiter rechtssichere Anwendung des Standards sicherzustellen, sollte er von der Klinikleitung freigegeben, ins Qualitätsmanagement integriert und hausintern publiziert werden. Mitarbeiter in Schlüsselpositionen sollten eine Schulung in der Anwendung erhalten. Die durchführenden Ärzte profitieren von speziellen Kommunikationsschulungen, die ihnen die Scheu vor diesen schwierigen Gesprächen nehmen und eine einheitliche und bedachte Umsetzung der Gespräche unterstützen. Die Ausbildung von speziellen Moderatoren kann hilfreich sein. Das standardisierte Vorgehen sollte wegen der juristischen Implikationen mit dem Versicherer abgestimmt werden. Dabei ist zu beachten, dass durch juristische Überlegungen die frühzeitige Offenlegung eines Ereignisses nicht behindert werden darf (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Die Leitung sollte sich, sofern angemessen, selbst an der Offenlegung beteiligen, in jedem Fall aber Reports über die Einhaltung des Standards und Kennzahlen zur Umsetzung einfordern. Als Kennzahlen bieten sich zum Beispiel an:

- die Zahl laufender oder abgeschlossener Offenlegungsprozesse;
- die Zahl gescheiterter, an Mediation oder juristische Instanzen weitergegebener Fälle;
- auslösende Faktoren, zum Beispiel Sentinel events, Beschwerden, Hinweise von Mitarbeitern;
- die Zahl geschulter Mitarbeiter;
- Feedback aus Schulungen und Offenlegungsprozessen sowie
- Befragungen zur Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern mit dem Verfahren (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Eine offene Kommunikation über unerwünschte Ereignisse und Patientenschäden durch die Mitarbeiter sollte deutlich von der Leitung unterstützt werden (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Wichtig ist auch, die Verknüpfung zum Risikomanagement sicherzustellen, also zur effektiven Nut-

zung gewonnener Informationen in der Fehlerprävention (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

5. Haltung und Verhaltensstrategie

Im Krankenhaus und in Arztpraxen sind vor allem Chef- und Fachärzte verantwortlich für die gesamte Behandlung eines Patienten. In anderen Einrichtungen wie Pflegeheimen, Praxen für Physio- und Ergotherapie etc. tragen die entsprechenden Leitungskräfte die Verantwortung. Die tradierte Defensiv- und Vermeidungshaltung zum Thema unerwünschte Ereignisse und Patientenschäden hat sich nicht bewährt. Die Ärzte und Leitungskräfte sollten die Scheu vor solchen Gesprächen ablegen.

Die offene Kommunikation mit betroffenen Patienten und ihren Angehörigen ist höchst anspruchsvoll. Streng angelehnt an die hausinternen, juristisch abgestimmten Vorgaben birgt sie nur geringe Risiken, aber gewaltige Chancen. Eine Vertrauensbeziehung bewährt sich nicht in guten Zeiten, sondern in der Krise (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

6. Erklären der Methode

Gute Gründe für Offenlegung

Im Zeitalter des autonomer werdenden Patienten gehört die Offenlegung eines unerwünschten Ereignisses oder Patientenschadens zum professionellen Verständnis der Medizin. Dies gründet in dem Bemühen, Folgeschäden aus dem unerwünschten Ereignis abzuwenden, und in der moralischen Verpflichtung zur vollen Aufklärung eines Patienten. In vereinzelten Fällen kann sogar die Mitteilung über rechtzeitig und schadlos aufgedeckte Fehler zukünftige Schäden verhindern. Zudem postulieren in der Regel auch die Leitbilder der Kliniken das Idealbild eines mündigen Patienten, dem ein Recht auf Information zusteht (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV/Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

Das deutsche Patientenrechtegesetz hat 2013 die Pflicht des Arztes zur Aufklärung im § 630c (2) BGB verankert. Auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren muss er den Patienten über einen vermuteten Behandlungsfehler informieren, ohne dass diese Information als Beweis gegen ihn verwendet werden kann (Patientenrechtegesetz 2013). Darüber hinausgehende Nachforschungen, die lediglich der Forderung nach Schadensersatz oder der Strafverfolgung dienen, muss der Arzt dagegen nicht unterstützen (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL).

Einige Autoren betonen die Folgen für die beteiligten Mitarbeiter. Sie leiden als „second victim“ unter Schuldgefühlen, manche entwickeln Depressionen und Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Vielfach erhalten sie jedoch keine Hilfe bei der Verarbeitung der Vorgänge (Schuster 2017; L EL). Eine Entschuldigung bei dem Geschädigten kann ihnen helfen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Der Einrichtung hilft die Analyse eines unerwünschten Ereignisses und die Nutzung der Patientenperspektive bei der Verbesserung ihrer Prozesse und dem Streben nach größerer Patientensicherheit (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Betroffene Patienten benötigen Fakten, um mit dem unerwünschten Ereignis umzugehen: Was ist geschehen? Wie und warum? Welche Folgen hat das? Wie werden zukünftige Ereignisse vermieden? (O'Connor et al. 2010; L III). Für die Vertrauensbeziehung zwischen Behandler und Patient ist die frühzeitige Offenlegung eines Ereignisses essenziell. Aufrichtige Kommunikation stärkt das Vertrauen. Es in der Krise aufrecht zu erhalten, ist Teil der ärztlichen Kunst. Inadäquater, unsensibler Umgang mit dem Patienten kann dagegen ein weiteres emotio-

nales Trauma setzen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Patienten erleiden durch unprofessionelle Kommunikation ein stärkeres Trauma als Unfallopfer und Verwitwete und haben größere Probleme mit der Krankheitsbewältigung als Herz- oder Krebskranke (Vincent et al. 1994; L IV). Werden Patienten nach Komplikationen nicht umfassend informiert oder mit ihren Ängsten allein gelassen, schürt das ihren Verdacht, es solle etwas vertuscht werden. Dies ist ein wichtiges Motiv für Ansprüche (Petry 2001; L EL). Trost spendet vielen Betroffenen die Zusicherung, dass ein durch Fehler verursachtes Ereignis analysiert und daraus Maßnahmen abgeleitet werden, um Ähnliches in Zukunft zu verhindern (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

Wichtig ist für den Patienten, von der Einrichtung und den Mitarbeitern Anteilnahme zu erfahren. Bedauern ist notwendiger Teil der Bearbeitung eines unerwünschten Ereignisses. Es entlastet. Auch der Wunsch nach Bestrafung von Verantwortlichen wird seltener geäußert, wenn die Betroffenen aufrichtige, empathische und verantwortliche Zuwendung erfahren haben. Dagegen spielt zumindest in europäischen Untersuchungen die Forderung nach Schadensersatz und Schmerzensgeld nur eine untergeordnete Rolle (O'Connor et al. 2010; L III).

Aus juristischer Sicht eröffnet natürlich jeder Kontakt mit der potenziellen Gegenseite das Risiko unbedachter Äußerungen, die sich zum Nachteil von Klinik und Mitarbeitern auslegen lassen. Aus dieser Befürchtung speist sich eine Aussage wie: „*Häufig wird es sich nicht vermeiden lassen, mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen zu kommunizieren*“ (Jorzig 2008; L EL). Damit gibt die Juristin die problematische Handlungslinie des Schweigens vor, auch wenn sie schon im folgenden Satz die Chancen eines deeskalierenden Gesprächs betont. Denn die Aussprache über einen Patientenschaden ist geradezu juristische Prävention: fast jeder Patient wünscht sich – zunächst völlig unabhängig von finanziellen Ansprüchen –, dass jemand Verantwortung für ein Missgeschick übernimmt (Vincent et al. 1994; L IV). Fehlende Gesprächsbereitschaft führt zu Misstrauen des Patienten. Sein unerfüllter Wunsch nach Erläuterung und Ursachenforschung führt ihn in eine „*konfrontative und oft eskalierende Auseinandersetzung*“ (Ärztkeammer Nordrhein 2015; L III) und zur Strafanzeige. Die meisten Autoren sehen Kommunikationsstörungen als Hauptgrund für rechtliche Schritte des Patienten (u.a. Bruns 2017; EL).

Dagegen scheinen das Ausdrücken von Bedauern und Übernehmen von Verantwortung das Risiko eines Gerichtsverfahrens zu senken (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Aus diesem Grund empfiehlt auch der bereits erwähnte *Juristische Notfallkoffer*[®], das Gespräch mit den Betroffenen nicht zu scheuen (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Durch das Abarbeiten eines Standards für die Offenlegung von unerwünschten Ereignissen konnte das *Veteran Affairs Medical Center* in Lexington/Kentucky, das über 30 Jahre Erfahrung mit dem Thema verfügt, sogar die zeitnahe Dokumentation aller Ereignisse verbessern und unberechtigte Ansprüche abwehren (Kraman & Hamm 1999; L IV).

Empirie

Das *Veteran Affairs Medical Center* hatte 1987 in zwei Behandlungsfehlerprozessen über 1,5 Mio \$ verloren und sich daraufhin zu einer konsequenten Offenlegung von unerwünschten Ereignissen entschlossen. In den folgenden Jahren wurden mehr Schadensersatzforderungen verzeichnet. Soweit sie berechtigt waren, ließen sie sich aber häufiger vorgerichtlich und zu reduzierten Summen abschließen. Erheblicher Aufwand für Gerichtsverfahren ließ sich einsparen. Trotz Anstiegs der Fälle waren die Gesamtkosten für Patientenschäden dadurch nicht höher als in vergleichbaren Einrichtungen. Das führte zu der These, dass „*größte Ehrlichkeit das beste Vorgehen sein könnte*“ und gleichzeitig relativ kostengünstig (Kraman & Hamm 1999; L IV). Die Vermutung wurde kontrovers diskutiert (Wachter 2010; L EL). Studdert und Kollegen stellten anhand einer Expertenbefragung Hochrechnungen an. Sie kamen zu dem Schluss, neu ausgelöste Haftpflichtansprüche führten mit 72% Wahrscheinlichkeit zu einem Anstieg der Kosten, mit 34% Wahrscheinlichkeit sogar zu einer Verdopplung (Studdert et al. 2007; L IV). Das eher zynische, rein betriebswirtschaftliche Kalkül wertete damit jedoch aus Unkenntnis unterbliebene Schadensersatzforderungen als Gewinn für die Einrichtung.

Dagegen berichteten Barach und Cantor 2007 über Erfahrungen des Versicherers COPIC in Colorado, der Kosten senken konnte mit seinem „3R-Programm“ zur Offenlegung von unerwünschten Ereignissen: die Durchschnittskosten der Fälle betrugen lediglich 1.820 \$ anstatt 78.741 \$ in der Vergleichsgruppe. Die Maximalkosten lagen bei 26.566 \$ statt über 250.000 \$. In der Summe gingen die Forderungen der Geschädigten um 50% zurück, der letztlich vereinbarte Schadensersatz um 23% (Barach & Cantor 2007; L EL). Das *University of Michigan Health Care System* führte von 2001 bis 2003 einen Standard für Offenlegung ein und bietet seitdem allen Betroffenen eine finanzielle Kompensation an. Es resultierte ein beeindruckender Rückgang von Forderungen (um 35%), Kosten (um 59%) und Gerichtsprozessen (um 65%) sowie der durchschnittlichen Prozessdauer um ca. 30%. Auch hier konnten erhebliche Kosten eingespart und unberechtigte Ansprüche durch gute Dokumentation im Rahmen des Standards abgewiesen werden (Kachalia et al. 2010; L IV).

Der betriebswirtschaftliche Vorteil einer konsequenten Offenlegung ist also inzwischen empirisch belegt. Darüber hinaus kann sie zur kontinuierlichen Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen und die Würde von Patient und Arzt wahren (Freres & Walter 2013; L EL). Patienten, denen unerwünschte Ereignisse aufgefallen sind und die darauf angesprochen wurden, gaben ihrer Klinik doppelt so häufig eine hochrangige Bewertung (López et al. 2009; L IV). Die australische Sicherheits- und Qualitätskommission im Gesundheitswesen bilanzierte 2012, dass Offenlegung Nutzen stiftet durch die Förderung einer Kultur von Offenheit und Vertrauen (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

7. Anwendungsszenarien

Unerwünschte Ereignisse können durch Beobachtungen der Mitarbeiter, durch Beschwerde eines Patienten oder Angehörigen oder auch über anonyme Meldewege aufgedeckt werden. Einrichtungen im Gesundheitswesen sind aufgefordert, eine Kultur zu pflegen, in der ein Mitarbeiter sich bestärkt fühlt, unerwünschte Ereignisse zu entdecken und offen zu melden (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV). Der Standard für die Kommunikation unerwünschter Ereignisse sollte definieren, in welchen Fällen er zur Anwendung kommt und das Ereignis dem Patienten in strukturierter Form offengelegt wird.

- Die Ärztekammer Nordrhein schließt darin Ereignisse ein, die „zu einer temporären oder dauerhaften Schädigung, Beeinträchtigung oder die zu einer zusätzlichen Behandlung des Patienten führen“, soweit der Verdacht besteht oder gewiss ist, dass sie auf einem Fehler beruhen.
- Insbesondere soll ein Ereignis selbst dann offengelegt werden, wenn der Patient nicht zweifelsfrei auf einen Fehler schließen kann.
- Fehler, die keine Auswirkungen auf den Patienten haben, sollten dann kommuniziert werden, wenn der Patient den fehlerhaften Vorgang vermutlich wahrgenommen hat. Das vermeidet Irritationen und Verunsicherung, während eine klare Aussprache das Vertrauen des Patienten in den Arzt und in die eigene Wahrnehmung fördern kann (Ärztekammer Nordrhein 2015; L III).
- In vereinzelt Fällen empfehlen die angloamerikanischen Vorgaben zusätzlich, rechtzeitig aufgedeckte und unbemerkte Fehler offenzulegen, wenn durch Information des Patienten möglicherweise zukünftige Schäden zu verhindern sind (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III/Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).
- Selbst für nicht vermeidbare, aber unerwartet aufgetretene Komplikationen wird zum Teil ein Vorgehen nach dem Standard empfohlen. Der australische Standard postuliert, dass in diesen Fällen vor allem der Ausdruck des Bedauerns wichtig ist, der aber dann modifiziert werden soll (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Eine Offenlegung soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen und so bewusst verhindern, dass die Situation eskaliert und das Vertrauensverhältnis zutiefst gestört wird. Wenn dieser Zeitpunkt verpasst wurde und bereits eine Strafanzeige erfolgt ist, raten Juristen davon ab, noch das Gespräch zu suchen. Es erscheine nicht mehr

sinnvoll, da der Fall „*der ausschließlichen Handhabung durch Arzt und Patient entzogen ist.*“ Eine Alternative ist in diesem Fall, sorgfältig vorbereitet und juristisch abgestimmt schriftlich sein Bedauern auszudrücken (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Zumindest müsste ein Gespräch, das unter diesen Vorzeichen stattfindet, noch einmal erheblich vorsichtiger aufgenommen werden.

8. Vorbereitung von Kommunikation

Ein unerwünschtes Ereignis sollte zügig kommuniziert werden, sobald es erkannt ist. Das Gespräch muss jedoch gut vorbereitet werden und der Patient physisch und psychisch in der Lage sein, die Informationen aufzunehmen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Als Anhalt wird eine Zeit von 24 Stunden genannt (Schuster 2017; L EL). Der Vorfall muss zunächst analysiert, die Fakten gesammelt, beteiligte Mitarbeiter befragt werden. Arzneimittel, Akten und Geräte müssen gesichert werden (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III), gegebenenfalls sogar Abfälle (Nationale Stiftung für Patientensicherheit 2007; L IV), zum Beispiel Arzneimittelreste oder Verpackungsmaterialien. Zur direkten Vorbereitung des Gesprächs empfiehlt sich möglicherweise eine Teamdiskussion, um das Geschehen aufzuarbeiten (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV) und das weitere Vorgehen zu besprechen.

Erstes Anliegen muss dabei sein, die Therapie so anzupassen, dass weiterer Schaden begrenzt und Leiden gemindert wird. Bei gravierenden Ereignissen sollte sichergestellt werden, dass Patient und Angehörige das Angebot psychologischer Unterstützung bekommen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Ebenso sollte bedacht werden, dass betroffene Mitarbeiter („second victim“) frühzeitig informiert sind und auch ihnen psychologische Unterstützung angeboten wird. Die hausinterne Kommunikation muss sicherstellen, dass die wesentlichen Akteure in der eigenen Einrichtung informiert sind: Leitung, Risikomanager, gegebenenfalls weiterbehandelnde Ärzte oder Leichenschauer. Die Haftpflichtversicherung muss frühzeitig Nachricht erhalten (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV), selbst wenn das Ereignis möglicherweise nicht haftpflichtrelevant ist. Bei Vorkommnissen mit Arzneimitteln, Blutpräparaten oder Medizinprodukten müssen auch Reports an das BfArM, Paul-Ehrlich-Institut etc. bedacht werden. Über diese Weitergabe des Falles sollte auch der Patient später informiert werden (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Die Krisenkommunikation bei erwartbarem Medieninteresse sollte frühzeitig vorbereitet werden (Herold 2014; L EL).

Am Gespräch mit dem Patienten sollte im hierarchischen deutschen System der Chefarzt oder die Leitung der Einrichtung beteiligt sein, um die Übernahme von Verantwortung und die hochrangige Bearbeitung des Falles zu signalisieren (Petry 2001; L EL/Schuster 2017; L EL). Die amerikanische Vorgabe, wohl eher am gleichberechtigten Facharztssystem orientiert, empfiehlt, einen Mitarbeiter auszuwählen, zu dem der Patient das beste Vertrauensverhältnis hat (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Wenn dies zum Beispiel der zuständige Stationsarzt ist, könnte er hinzugezogen werden. Ein Gespräch unter vier Augen ist aus juristischen Gründen nicht zu empfehlen (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Um die Gesprächsatmosphäre nicht durch ein Ungleichgewicht von mehreren Mitarbeitern zu einem Patienten zu stören, sollten aber nicht zu viele Personen einbezogen werden. Aus diesem Grunde können mit Einverständnis des Patienten auch Angehörige eingeladen werden. In deutschen Krankenhäusern steht auch der Patientenführsprecher des Hauses als unabhängiger und neutraler Teilnehmer zur Verfügung. Der Patient sollte Gelegenheit haben, sich auf ein wichtiges und ernstes Thema einzustellen, daher sollte ihm das Gespräch angekündigt werden.

Sofern es einen Mitarbeiter mit direkter Verantwortung für einen Fehler gibt, sollte dieser beteiligt sein. So kann er selbst sein Bedauern ausdrücken, sowohl der Mitarbeiter als auch der Patient profitieren davon (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III), (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV). Das Gespräch sollte in ungestörter Atmosphäre stattfinden und die teilneh-

menden Mitarbeiter sollten vorab vereinbaren, wer es leitet und wer im Anschluss ein Protokoll aufsetzt (Herold 2014; L EL; Schuster 2017; L EL).

9. Durchführung

Gesprächsablauf

Eine Bilanz des Australischen Standards 2012 zeigte: Patienten wünschten sich einen Dialog, keine Einbahnstraße in der Kommunikation. Ein Gespräch zur Offenlegung eines unerwünschten Ereignisses sollte daher als Dialog von Partnern begriffen werden (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV). Das gemeinsame Bemühen um eine gute Lösung sollte das Gespräch prägen. Es muss dem Sprachniveau und medizinischen Verständnis des Patienten angepasst werden (Herold 2014; L EL). Hilfreich sind offene Fragen oder reflektierende Aussagen: „Damit ich Sie richtig verstehe, könnten Sie mir noch ...?“ Patient und Angehörige sollten Gelegenheit bekommen, ihre persönliche Wahrnehmung des Ereignisses darzulegen, ihre „Geschichte zu erzählen“ und Fragen zu stellen (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Die beteiligten Mitarbeiter sollten sich vor Augen führen, dass – je nach Schwere des Ereignisses – ein solches Gespräch den Patienten in einen extremen Ausnahmezustand bringt. Hinweise für eine einfühlsame und wertschätzende Kommunikation finden sich in der Auftaktausgabe der Arbeitshilfen Bessere Kommunikation zum Thema Grundregeln (Rode et al. 2016; L III). In dieser Situation wirkt in hohem Maße die äußere Form, weniger der sachliche Inhalt der Kommunikation. Studien zeigen, dass fehlendes nonverbales Engagement die Erwartung des Patienten enttäuscht. Angemessene physische Nähe, Berührungen und langer Blickkontakt, eine freundliche Stimme und Ausstrahlung und bestätigende Signale stärken die Arzt-Patienten-Beziehung (Hannawa 2012; L III/Hannawa 2013; L III).

Das Gespräch beginnt mit einer Vorstellung aller Teilnehmer (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV) und gliedert sich danach in vier wesentliche Teile:

- den Sachverhalt klären,
- Bedauern äußern, gegebenenfalls eine Entschuldigung aussprechen,
- den weiteren Verlauf besprechen,
- auf die Lerneffekte aus dem unerwünschten Ereignis hinweisen,
- einen Ausblick auf Folgegespräche geben.

Zunächst geht es darum, die Fakten offen darzulegen und gegebenenfalls den Schaden zu benennen: Was ist geschehen, in groben Zügen? Was folgt daraus? Wie ist die Prognose? Spekulationen über Ursachen oder Verantwortlichkeiten müssen unbedingt vermieden werden, der Patient könnte sie später für Wirklichkeit nehmen. Es soll nur um Tatsachen gehen. Auch Vorgriffe auf noch ausstehende Untersuchungsergebnisse sollten vermieden werden. Wenn es um ein nicht vermeidbares Ereignis geht, sollten die Gesprächsteilnehmer sich vergewissern, dass der Patient dies verstanden hat und nicht einen Behandlungsfehler unterstellt (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV/Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Bei unklarer Sachlage lässt sich zum Beispiel mit der Formulierung „Komplikation“ eine vorzeitige Schuldzuweisung vermeiden (Hansis 2004; L EL).

Auf der Sachebene sollten auch die absehbaren Folgen des Ereignisses oder die dadurch veränderte Einschätzung der Grunderkrankung besprochen werden (Schuster 2017; L EL). Gerade hier lässt sich auch durch gute Formulierungen die Stimmung des Patienten positiv wenden: „90% der Betroffenen haben keine Probleme“ wird anders aufgenommen als: „In 10% führt das zu Problemen“ (Framing-Effekt) (Schaefer 2013; L EL). Zum juristischen Hintergrund in Deutschland sei noch einmal betont, dass zutreffende tatsächliche Angaben nicht den Versicherungsschutz gefährden. Auf Nachfragen ist es dem Arzt selbstverständlich auch erlaubt, wahr-

heitsgemäß zu antworten, selbst wenn dies das Eingeständnis eines Behandlungsfehlers bedeutet. Lediglich das Schuldanerkenntnis ist dem Versicherer vorbehalten (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Selbst in eindeutigen Fällen dürfen Zusagen nicht ohne Rücksprache mit dem Versicherer gemacht werden (Petry 2001; L EL).

Nach dem Darlegen der Fakten folgt der zwischenmenschlich anspruchsvollste Teil des Gesprächs: die Gesprächsteilnehmer auf Seiten der Einrichtung äußern ehrliches Bedauern und übernehmen gegebenenfalls Verantwortung für den offengelegten Fehler (Ärztammer Nordrhein 2015; L III). Gerade diese emotionale Zuwendung ist *„eines der stärksten Mittel, das ein Behandler zur Heilung beitragen kann – der des Patienten und seiner selbst.“* Viele Patienten können nicht nachvollziehen, welchen Anteil Schwächen der Organisation und eines komplexen Systems an einem Fehler haben. Sie neigen dazu, einen Einzelnen für schuldig zu halten – sind aber umso dankbarer, wenn diese Einzelnen sich dem Gespräch und der emotionalen Zuwendung stellen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Der australische Standard legt sehr großen Wert auf ein bestimmtes Wort: *„Sorry“* (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV) – *„Es tut mir/tut uns leid, dass das geschehen ist. Es ist schrecklich.“* Mit Blick auf die Haftungsfrage werden vorsichtige Formulierungen empfohlen wie: *„Wir bedauern, dass Ihnen das zugestoßen ist“* oder *„Das hätte nicht passieren dürfen“* (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

Die australische Vorgabe unterscheidet zwei Reaktionsstufen – bei gravierenden Schäden, Tod, permanenter Einschränkung, starker emotionaler Komponente etc. wird geraten, den Offenlegungsprozess vollständig zu durchlaufen. Unerwünschte Ereignisse ohne dauerhafte Folgen können nach Darlegen der Fakten und einem Ausdruck des Bedauerns an dieser Stelle abgeschlossen werden (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Der Patient sollte Gelegenheit bekommen, die Reaktion auf das unerwünschte Ereignis partnerschaftlich zu besprechen. Das kann neue diagnostische oder therapeutische Schritte umfassen oder eine Änderung der ursprünglichen Therapie (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Einzelne Maßnahmen wurden vielleicht schon ergriffen, um den Schaden zu begrenzen. Für den Fall, dass das Vertrauensverhältnis durch das Ereignis nachhaltig gestört ist, sollte dem Patienten aber auch ein Wechsel des Behandlungsteams angeboten werden (Schuster 2017; L EL).

Vielen Patienten ist wichtig, dass die Einrichtung und die Mitarbeiter ihrer Verantwortung gerecht werden. Ihnen ist klar, dass Fehler nicht absichtlich begangen werden. Die Mitarbeiter sollten daher dem Patienten signalisieren, dass das unerwünschte Ereignis aufgearbeitet und Ursachenforschung betrieben wird. Das Wissen, dass sein Fall hilft, Ähnliches in Zukunft zu verhindern, ist dem Patienten ein Trost (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). Aus diesem Grunde sollten die Mitarbeiter auch weitere Informationen über Lerneffekte aus diesem Ereignis anbieten (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Ein Folgegespräch sollte fest vereinbart werden, telefonisch oder persönlich (Schuster 2017; L EL). Möglicherweise ergeben sich für den Patienten mit der Zeit noch neue Fragen. Spätestens zu dem Zeitpunkt, wenn neue Informationen zu erwarten sind, zum Beispiel aus Materialuntersuchungen oder Laborbefunden, sollte ein weiteres Gespräch angesetzt werden (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III). In manchen Fällen bietet sich auch ein Folgegespräch mit einem neutralen Kollegen wie dem Hausarzt an (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; L IV).

Nachbereitung

Das Gespräch muss zeitnah dokumentiert werden. Von juristischer Seite wird aber empfohlen, es nicht zur Patientenakte zu nehmen, sondern als persönliche Notiz anderweitig zu verwahren (Ulsenheimer & Bock 2013; L EL). Alle Aktivitäten sollten aber in der Patientenakte zu finden sein (Massachusetts Coalition for the Preven-

tion of Medical Errors 2006; L III). In der Folge sollten feste Termine für die Nachbehandlung und für weitere Gespräche, zum Beispiel über Ergebnisse von Untersuchungen, vereinbart werden. Dabei kann dem Patienten auch weitere psychologische und soziale Hilfe angeboten werden (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

Hausintern müssen die Ursachenforschung und die Prävention ähnlicher Ereignisse vorangetrieben werden. Helfen kann eine gemeinsame Nachbesprechung der beteiligten Mitarbeiter und Abteilungen. Den betroffenen Mitarbeitern sollte geholfen werden, das Erlebte zu verarbeiten. Sie profitieren von Einzel- und Gruppengesprächen (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors 2006; L III).

10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung

- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 26.2.2013.
- § 630c (2) BGB.
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main.

11. Literatur

Mit den Quellenverweisen im Text wird das Evidenzlevel der jeweiligen Quelle genannt. Die Einteilung stammt vom australischen *National Health and Medical Research Council* (NHMRC 2009). Zusätzlich hat die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement das Level *EL* für Expertenwissen eingeführt. Das Level III wird im Text nicht in drei Stufen differenziert.

Level	Bezeichnung	Erläuterung
I	Systematischer Review-Artikel	Übersicht über randomisierte Kontrollstudien
II	Randomisierte Kontrollstudie	Unabhängige Doppelblindstudie
III-1	Pseudorandomisierte Kontrollstudie	Kontrollstudie im Vergleich mit validiertem Referenzstandard
III-2	Vergleichsstudie	Kohortenstudie im Vergleich mit Referenzstandard
III-3	Verlaufsstudie	Retrospektive Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe und Referenz-Standard
IV	Fallstudien	Ergebnisse aus Fallstudien oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg.) (2017): Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. 3. Auflage. Bonn.
- Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.) (2015): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Düsseldorf.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013): Australian open disclosure framework. Better communication, a better way to care. Sydney.
- Barach P & Cantor M (2007): Adverse event disclosure: benefits and drawbacks for patients and clinicians. In: Clarke S & Oakley J (Hrsg.): Informed consent and clinician audibility. The ethics of report cards on surgeon performance. Cambridge University Press: Cambridge 76–91.

- Bruns W (2017): Richtiges Vorgehen bei strafrechtlichen Vorwürfen. *ArztR* 52: 201–209.
- Canadian Patient Safety Institute (2011): Canadian disclosure guidelines. Being open with patients and families. Edmonton.
- Carrillo I, Mira JJ, Guilabert M & Lorenzo S (2017): Why an open disclosure procedure is and is not followed after an avoidable adverse event. *J Patient Saf*. Epub ahead of print: Juni 2017.
- Freres M & Walter C (2013): Behandlungsfehler im Krankenhaus: Offenlegen – entschuldigen – entschädigen. *Dtsch Arztebl* 110: A-1848–1852.
- Hannawa AF (2012): Die Kommunikation nach einem Zwischenfall - Die Bedeutung des nonverbalen Verhaltens. *Therapeutische Umschau* 69: 363–366.
- Hannawa AF (2013): Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns* 94: 310–313.
- Hansis ML (2004): Fehleranalyse. Risikoverringern in der klinischen Praxis. *Dtsch Arztebl* 101: A-3008–3010.
- Herold, A (2014): Kommunikation nach einem Behandlungszwischenfall. *Passion Chirurgie* 4: 3–4. <http://www.grb.de/category/safety-clips> (11.3.14).
- Hingorani M, Wong T & Vafidis G (1999): Attitudes after unintended injury during treatment: a survey of doctors and patients. *BMJ* 318: 640–641.
- Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K & Zou B (2002): Medical errors—What and when: What do patients want to know? *Acad Emerg Med* 9: 1156–1161.
- Hoffmann B & Rohe J (2010): Patientensicherheit und Fehlermanagement: Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. *Dtsch Arztebl* 107, A-92–99.
- Jones JW & McCullough LB (2013): Transgression confession: Ethics of medical error disclosure. *J Vasc Surg* 58: 1697–1699.
- Jorzig, A (2008): Der Arzt im Fokus staatsanwaltlicher Ermittlungen. www.riskolleg.de (24.9.08).
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S & Rogers MAM (2010): Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 153: 213–221.
- Kraman SS & Hamm G (1999): Risk management: Extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 131: 963–967.
- López L, Weissman JS, Weingart SN, Cohen AP & Epstein AM (2009): Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care. *Arch Intern Med* 169: 1888–1894.
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (2006): When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals. www.macoalition.org (14.7.17).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2009): NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/information-guideline-developers/resources-guideline-developers> (11.8.17).
- Nationale Stiftung für Patientensicherheit (2007): Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall. 2. Auflage. Zürich.
- O'Connor E, Coates HM, Yardley IE & Wu AW (2010): Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 22: 371–379.
- Österreichische Plattform für Patientensicherheit (o.J.): Professionell kommunizieren mit PatientInnen und Angehörigen nach einem unerwünschten Ereignis. https://www.plattformpatientensicherheit.at/de/themen_006.htm (27.7.17).
- Petry FM (2001): Gespräch bei Misserfolg suchen, nicht meiden. Haftpflichtversicherung für Ärzte. *Dtsch Arztebl* 98 (28-29): [95].
- Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C & Weber H (2016): Grundregeln der Kommunikation (Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 1). www.gqmg.de/downloads/ (7.9.17).
- Schaefer C (2013): Darüber müssen wir reden: Nocebo. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107: 357–358.

- Schuster G (2017): Patientenkommunikation: Wie gute Gespräche gelingen, wenn etwas schiefgegangen ist. Dtsch Arztebl 114 (20): [2].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2013): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel.
- Studdert DM, Melio MM, Gawande AA, Brennan TA & Wang YC (2007): Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. Health Affairs 26: 215–226.
- Ulsenheimer K & Bock RW (2013): Verhalten nach einem Zwischenfall. Der juristische Notfallkoffer. Anästh Intensivmed 54: 585–598.
- Vincent C, Young M & Phillips A (1994): Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 343: 1609–1613.
- Wachter RM (2010): Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.

12. Pocketversion

Als Erinnerungstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe. Die Größe entspricht einer Postkarte, zweiseitig bedruckt. Eine veränderbare Datei zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG:

http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html.

<p>Pocketversion zur Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 6</p> <p>GQMG Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.</p> <p>Kommunikation unerwünschter Ereignisse</p> <p>Szenarien für die professionelle Offenlegung</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Unerwünschte Ereignisse bearbeiten</th> <th>Beispiel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn sie möglicherweise auf einem Fehler beruhen und zu Beeinträchtigung, Schädigung (temporär oder dauerhaft) oder zusätzlicher Behandlung führen. </td> <td> Diagnostische Verzögerung mit therapeut. Konsequenz </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dies gilt insbesondere auch, wenn der Patient nicht zweifelsfrei auf den Fehler schließen kann. </td> <td> Überhöhte Arzneimittel-dosis </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ein Fehler ohne Auswirkung auf den Patienten entdeckt wurde, er ihn aber gleichwohl bemerkt hat. </td> <td> Korrigierte Seitenverwechslung </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn durch Information des Patienten möglicherweise zukünftige Schäden zu verhindern sind. </td> <td> Unbekannte, seltene Allergie </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn nicht vermeidbare, aber unerwartet aufgetretene Komplikationen sich wirklichlichen – in diesem Fall modifiziertes Vorgehen. </td> <td> Rückenmarks-läsion nach Liquor-diagnostik </td> </tr> </tbody> </table> <p>Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter http://www.gqmg.de/downloads/.</p> <p>© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 13.9.2017</p>	Unerwünschte Ereignisse bearbeiten	Beispiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn sie möglicherweise auf einem Fehler beruhen und zu Beeinträchtigung, Schädigung (temporär oder dauerhaft) oder zusätzlicher Behandlung führen. 	Diagnostische Verzögerung mit therapeut. Konsequenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dies gilt insbesondere auch, wenn der Patient nicht zweifelsfrei auf den Fehler schließen kann. 	Überhöhte Arzneimittel-dosis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ein Fehler ohne Auswirkung auf den Patienten entdeckt wurde, er ihn aber gleichwohl bemerkt hat. 	Korrigierte Seitenverwechslung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn durch Information des Patienten möglicherweise zukünftige Schäden zu verhindern sind. 	Unbekannte, seltene Allergie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn nicht vermeidbare, aber unerwartet aufgetretene Komplikationen sich wirklichlichen – in diesem Fall modifiziertes Vorgehen. 	Rückenmarks-läsion nach Liquor-diagnostik	<p>Pocketversion zur Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 6</p> <p>GQMG Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.</p> <p>Kommunikation unerwünschter Ereignisse</p> <p>Hilfreiche Formulierungen für das Gespräch</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sachverhalt</td> <td>Ich möchte Ihnen das im Detail erläutern: Sie sollten eine Chemotherapie mit X erhalten. Wir haben Ihnen stattdessen Y gegeben.</td> </tr> <tr> <td>Bedauern äußern</td> <td>Bei schicksalhaftem Verlauf: Bei Ihnen ist es zu einer sehr seltenen Komplikation gekommen. Ich bedauere das sehr.</td> </tr> <tr> <td>Entschuldigung aussprechen</td> <td>Bei vermeidbarem Fehler: Ich möchte mit Ihnen besprechen, was das für Sie bedeutet. Aber zunächst möchte ich sagen: Das tut mir sehr leid, das hätte nicht geschehen dürfen.</td> </tr> <tr> <td>Verlauf besprechen</td> <td>Was bedeutet das für Sie? Sie haben nur eine kleine Dosis X erhalten, vermutlich werden Sie keine wesentlichen Nebenwirkungen bekommen. Wir möchten Sie engmaschig beobachten und zügig die geplante Gabe von Y durchführen.</td> </tr> <tr> <td>Lerneffekt</td> <td>Ich verspreche Ihnen, wir tun alles, um die Ursache zu finden und Ähnliches in Zukunft zu verhindern.</td> </tr> <tr> <td>Ausblick</td> <td>Gerne informiere ich Sie, sobald wir weitere Informationen haben. Wir sollten einen Termin für ein Treffen/ein Telefonat vereinbaren.</td> </tr> </tbody> </table> <p>© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 13.9.2017</p>	Sachverhalt	Ich möchte Ihnen das im Detail erläutern: Sie sollten eine Chemotherapie mit X erhalten. Wir haben Ihnen stattdessen Y gegeben.	Bedauern äußern	Bei schicksalhaftem Verlauf: Bei Ihnen ist es zu einer sehr seltenen Komplikation gekommen. Ich bedauere das sehr.	Entschuldigung aussprechen	Bei vermeidbarem Fehler: Ich möchte mit Ihnen besprechen, was das für Sie bedeutet. Aber zunächst möchte ich sagen: Das tut mir sehr leid, das hätte nicht geschehen dürfen.	Verlauf besprechen	Was bedeutet das für Sie? Sie haben nur eine kleine Dosis X erhalten, vermutlich werden Sie keine wesentlichen Nebenwirkungen bekommen. Wir möchten Sie engmaschig beobachten und zügig die geplante Gabe von Y durchführen.	Lerneffekt	Ich verspreche Ihnen, wir tun alles, um die Ursache zu finden und Ähnliches in Zukunft zu verhindern.	Ausblick	Gerne informiere ich Sie, sobald wir weitere Informationen haben. Wir sollten einen Termin für ein Treffen/ein Telefonat vereinbaren.
Unerwünschte Ereignisse bearbeiten	Beispiel																								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn sie möglicherweise auf einem Fehler beruhen und zu Beeinträchtigung, Schädigung (temporär oder dauerhaft) oder zusätzlicher Behandlung führen. 	Diagnostische Verzögerung mit therapeut. Konsequenz																								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dies gilt insbesondere auch, wenn der Patient nicht zweifelsfrei auf den Fehler schließen kann. 	Überhöhte Arzneimittel-dosis																								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ein Fehler ohne Auswirkung auf den Patienten entdeckt wurde, er ihn aber gleichwohl bemerkt hat. 	Korrigierte Seitenverwechslung																								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn durch Information des Patienten möglicherweise zukünftige Schäden zu verhindern sind. 	Unbekannte, seltene Allergie																								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn nicht vermeidbare, aber unerwartet aufgetretene Komplikationen sich wirklichlichen – in diesem Fall modifiziertes Vorgehen. 	Rückenmarks-läsion nach Liquor-diagnostik																								
Sachverhalt	Ich möchte Ihnen das im Detail erläutern: Sie sollten eine Chemotherapie mit X erhalten. Wir haben Ihnen stattdessen Y gegeben.																								
Bedauern äußern	Bei schicksalhaftem Verlauf: Bei Ihnen ist es zu einer sehr seltenen Komplikation gekommen. Ich bedauere das sehr.																								
Entschuldigung aussprechen	Bei vermeidbarem Fehler: Ich möchte mit Ihnen besprechen, was das für Sie bedeutet. Aber zunächst möchte ich sagen: Das tut mir sehr leid, das hätte nicht geschehen dürfen.																								
Verlauf besprechen	Was bedeutet das für Sie? Sie haben nur eine kleine Dosis X erhalten, vermutlich werden Sie keine wesentlichen Nebenwirkungen bekommen. Wir möchten Sie engmaschig beobachten und zügig die geplante Gabe von Y durchführen.																								
Lerneffekt	Ich verspreche Ihnen, wir tun alles, um die Ursache zu finden und Ähnliches in Zukunft zu verhindern.																								
Ausblick	Gerne informiere ich Sie, sobald wir weitere Informationen haben. Wir sollten einen Termin für ein Treffen/ein Telefonat vereinbaren.																								

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Dipl.-Krankenhausbetriebswirt (VKD) Markus Holtel
Kalandsweg 11a, 59348 Lüdinghausen, dr.m.holtel@online.de