

Johannes Bonelli

## Wenn etwas schief geht

Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall. Ein Konsens-Dokument der Harvard-Spitäler

When Things Go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals

### Einleitung

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 Risiko-Managern und Klinik-Mitarbeitern aus mehreren Harvard-Universitätskliniken, um Probleme im Umfeld dieses Themas zu untersuchen und zu diskutieren. Daraus ist das im Titel zitierte Dokument entstanden, das von allen Harvard-Universitätskliniken unterstützt und verwendet wird.<sup>1</sup>

In der Einleitung wird darauf hingewiesen, dass seit der Jahrhundertwende die Reform des Umgangs mit medizinischen Fehlern und medizinischem Fehlverhalten in den Vereinigten Staaten zunehmend im Brennpunkt der Gesundheitsdebatte steht. 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 (Vorkommnisse, die unerwünschte Folgen hätten haben können, aber im konkreten Fall 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, Problemen bei der Kommunikation der schlechten Nachrichten und Konfusion hinsichtlich Verursa-

chung und Verantwortlichkeit haben über lange Zeit umfassende und mutige Initiativen behindert, welche den Umgang mit dem Patienten, ihrer Familie und des Klinikpersonals mit medizinischen Fehlern verändern sollten.

Das Konsens-Dokument untersucht den potentiellen Nutzen und die möglichen Risiken einer institutionellen Reaktion, die sich deutlich von jenen unterscheidet, die heute von den meisten Kliniken gewährt 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.

Hinsichtlich der Reaktion auf Zwischenfälle bestimmen zwei Prinzipien die Empfehlungen dieses Dokuments: Die medizinische Betreuung muss erstens sicher und zweitens patientenorientiert sein. Krankenhäuser müssen nach Meinung der Autoren „lernende Organisationen“ werden, d. h. sie müssen kontinuierlich ihre Fähigkeiten erweitern, jene Ergebnisse zu erzielen, die sie wirklich wollen. 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. 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. Eine eingehende Analyse des Zwischenfalls soll als Ziel 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 eines Zwischenfalls beinhalten. Am Anfang des Dokuments werden einige Definitionen gegeben mit dem Hinweis, dass zur Bezeichnung schlechter Behandlungsergebnisse oft verschiedene Begriffe verwendet werden, was häufig zu Verwechslungen führt. Es wird dabei vor allem zwischen Schädigung und Fehlern bzw. zwischen vermeidbaren und nicht vermeidbaren unerwünschten Ereignissen unterschieden und entsprechend definiert.

Das Dokument gliedert sich dann in drei große Kapitel, nämlich 1. Der Patient und seine Familie, 2. Medizinische Betreuung und 3. Management des Ereignisses. Allerdings zeigt sich dann in der Ausführung, dass sich die Aussagen in den einzelnen Kapiteln in weiten Teilen überschneiden, zahlreiche Wiederholungen sind die Folge.

### **Der Patient und seine Familie**

Nach einem Zwischenfall ist eine umgehende, mitfühlende und ehrliche Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie essentiell. Gerade dieser Aspekt, die Reaktion auf einen Zwischenfall, wird am häufigsten schlecht bewältigt. Ein Versagen der Kommunikation verschlimmert jedoch die Schädigung für den Patienten und für die medizinischen Betreuer, und manche nehmen an, dass dies der Hauptgrund sei, wenn Patienten eine Behandlungsfehlerklage einreichen.

Die Behandlung dieser komplexen Materie erfolgt in dem Dokument in drei Abschnitten. Zunächst geht es um die initiale Kommunikation. Ziel ist es, das Vertrauensverhältnis zu erhalten, wenn dieses durch ein Ereignis belastet wird. Sowohl bei mittelschweren als auch bei schwerwiegenden Fehlern neigen nach Ansicht der Autoren die Patienten signifikant häufiger zu einer Klage, wenn der Arzt den Fehler nicht offenlegt. Es wird daher empfohlen, dass die medizinischen Betreuer den Patienten und eventuell auch seine Familie umgehend über

jedes unerwünschte Ereignis und jeden Fehler informieren, wenn der Patient davon betroffen war, wobei sich die Autoren offensichtlich nicht einig sind, ob auch Fehler, die keine Auswirkung auf den Patienten haben, mitgeteilt werden müssen. Empfohlen wird, dass bei der Offenlegung nur die Fakten des Zwischenfalls, d. h. was passiert ist, nicht aber wie und weshalb es nach Ansicht der Behandelnden zu den Folgen gekommen ist. Informationen sollen auch zeitgerecht, d. h. sobald sie verfügbar sind, weitergegeben werden. Auch sollen die Patienten über die weitere Vorgangsweise genau unterrichtet werden. Gleichgültig, ob der Zwischenfall auf eine spezifische Handlung zurückzuführen ist oder nicht, sollte der verantwortliche Arzt dem Patienten oder der Familie gegenüber die Verantwortung übernehmen. Auf jeden Fall sollte ein medizinischer Betreuer mit einem Vertrauensverhältnis zum Patienten das initiale Gespräch führen. Empfohlen wird auch, dass das primäre Pflegepersonal des Patienten in die Kommunikation einbezogen wird. Wichtig sei auch, dass die Kommunikation nicht nach dem Ereignis abgebrochen wird, sondern dass auch in der Zeit danach ein oder mehrere Gespräche erfolgen sollen. Bei schwerwiegenden Fällen sollten der medizinische und eventuell auch der Verwaltungsdirektor miteinbezogen werden.

In weiterer Folge muss ein Patient psychologisch, sozial und in manchen Fällen sogar finanziell unterstützt werden. Dabei wird folgende Vorgangsweise empfohlen: Der Patient und seine Familie sollten nach ihren Gefühlen über die Schädigung gefragt werden. Dabei sollten die Sorgen des Patienten ernst genommen und auf sie vollständig eingegangen werden. Außerdem empfiehlt es sich, dem Patienten und seiner Familie Kontaktinformationen für klinische, aber auch finanzielle Beratung und Unterstützung zu geben. Nach der Krankenhausentlassung ist es wesentlich, dass Patienten, die einen Zwischenfall erlitten haben, weiterhin die Möglichkeit für Auskünfte und Kommunikation geboten wird. Man sollte daher eine Reihe von Follow-up-Treffen mit dem Patienten

und seiner Familie planen, eventuell auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus für psychologische und soziale Unterstützung sorgen.

### **Betreuung des medizinischen Personals**

Ebenso wie die Patienten und ihre Familien sind auch die medizinischen Betreuer nach einem unerwünschten Ereignis emotional und funktionell schwer angeschlagen. Sie erhalten oft 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. Zur Unterstützung der medizinischen Betreuer sollte daher ein Programm erstellt werden, das auf die vielfältigen unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter abgestimmt ist. Dies kann bis zur Regelung der Dienstpflichten und Freizeit nach den jeweiligen Erfordernissen gehen. Wichtig dabei ist eine strukturierte Besprechungskultur. Abgesehen von den Akutmaßnahmen werden aber auch verpflichtende Schulungs- und Trainingsprogramme für das Krankenhauspersonal zur Bewältigung von Zwischenfällen gefordert. 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. Die Schulung sollte nicht nur auf die Kommunikation mit den Patienten und ihren Familien abgestellt sein, sondern auch auf den Umgang der Ärzte und des Pflegepersonals mit ihren eigenen Gefühlen. Vorstände und leitende Funktionäre sollten hinsichtlich ihrer generellen Verantwortung geschult werden. Weiters sollte dafür gesorgt werden, dass ein derartiges Training jährlich, d. h. kontinuierlich erfolgen soll.

### **Management des Ereignisses**

Jedes Krankenhaus sollte über schriftliche Richtlinien verfügen, die die Mitarbeiter instruieren,

wie auf einen schwerwiegenden Zwischenfall zu reagieren ist. Diese Politik hat eine doppelte Zielsetzung: 1. Die Mitarbeiter sollen zu einer verantwortungsvollen, einfühlsamen und unterstützenden Betreuung des geschädigten Patienten angeleitet werden, die ein bleibendes Vertrauen wiederherstellt und rechtfertigt. 2. Die Patientensicherheit soll verbessert werden, indem man aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen lernt und durch Systemänderungen die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung minimiert. Auch dazu werden einige Empfehlungen abgegeben. Vor allem sollte das Management seine Verpflichtung zu einer offenen und ehrlichen Kommunikation bekannt geben. Kommt es zu einem Zwischenfall, ist es erste Pflicht des Klinikmitarbeiters, den Patienten durch die erforderlichen medizinischen Maßnahmen vor weiterem Schaden zu bewahren und jede fortdauernde Schädigung zu lindern. Ist die neue Versorgung des Patienten abgeschlossen, müssen sich die Klinikmitarbeiter den Details des Ereignisses zuwenden und alle Informationen über das Ereignis sammeln, die zum Verständnis seiner Ursache erforderlich sind. Damit dies auf zuverlässige Weise geschehen kann, müssen die Institutionen klare Richtlinien entwickeln und bekanntmachen, die genau spezifizieren, wer für welche der folgenden Aktionen verantwortlich ist. Als erstes müssen natürlich verbleibende Bedrohungen eliminiert werden, d. h. unsichere Systeme oder Geräte, aber möglicherweise auch handlungsunfähige Betreuer. Die beteiligten Medikamente und Geräte müssen sichergestellt werden. Für einen Ersatz muss gesorgt sein, wenn ein primärer Betreuer suspendiert werden muss. Bei Uneinigkeiten muss entschieden werden, wer primär für die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie verantwortlich ist. Alle Untersuchungen sollen so rasch wie möglich durchgeführt werden, solange die Erinnerungen noch frisch sind. Wünschenswert ist eine Abteilung für Risikomanagement der Institution, die die Untersuchung eines Zwischenfalles leiten sollte. Strengste Vertraulichkeit sollte garantiert

werden. Die Ergebnisse der Analyse müssen dann an die oberste Leitung bzw. den Vorstand weitergeleitet bzw. berichtet werden. Weiters muss die Implementierung der Korrekturmaßnahmen sichergestellt und deren Wirksamkeit, aber auch etwaige negative Auswirkungen überwacht werden. Dabei ist eine exakte Dokumentation für eine entsprechende medizinische Betreuung des Patienten wesentlich. Dies auch deshalb, weil sie ermöglicht, aus dem Ereignis zu lernen, und weil sie für den Fall einer nachfolgenden oder behördlichen Aktion genaue Aufzeichnungen liefert. Es werden dann auch einige Punkte aufgezählt, die in dieser Dokumentation enthalten sein sollen, wie z. B. Zeit, Datum und Ort des Gesprächs, Name und Beziehungen der am Gespräch beteiligten Personen, die Besprechung des Ereignisses, der Reaktion des Patienten, die Informationen, die dem Patienten gegeben werden, Hilfsangebote und Reaktionen darauf, die vom Patienten und seiner Familie gestellten Fragen und die Antworten auf diese Fragen, die weiteren geplanten Maßnahmen. Jedenfalls sollte die Dokumentation jegliche abwertende Bemerkung über andere Betreuer sowie Eintragungen, die rechtfertigend erscheinen, vermeiden.

Im letzten Beitrag wird noch darauf hingewiesen, dass all diese Maßnahmen nur dann sinnvoll sind, wenn Zwischenfälle 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 der erste Schritt aus einem Ereignis zu lernen. In einem Krankenhaus, das sich der Sicherheit verpflichtet, muss der Berichterstattung dann umgehend eine eingehende Untersuchung zur Aufklärung der dem Ereignis zugrundeliegenden Systemfehler folgen mit dem Ziel der Neugestaltung der Systeme in einer Art und Weise, die die Wahrscheinlichkeit einer Patientenschädigung vermindert. Im Anhang sind dann noch einige modellhafte praktische Hinweise und Formulie-

rungen bzw. Fallbeispiele angeführt.

Im Ganzen kann gesagt werden, dass das vorliegende Konsenspapier ein erster Versuch ist, den Umgang mit Fehlern im Krankenhaus zu systematisieren. Es handelt sich dabei um hilfreiche Unterlagen zur Erstellung eigener Strategien für eine Verbesserung der Fehlerkultur in den jeweiligen Krankenhäusern – ein Thema, das nicht nur in den USA, sondern auch bei uns sehr aktuell ist.

#### Referenzen

- 1 Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, *When Things go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals, MA Coalition, Massachusetts* (2006), <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/A4CE6C77-F65C-4F34-B323-20AA4E41DC79/o/RespondingAdverseEvents.pdf>; auf deutsch herausgegeben von der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit, <http://www.plattformpatientensicherheit.at/>

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
bonelli@imabe.org