

Titus Gaudernak, Enrique H. Prat

Kommunikation bei Behandlungsfehlern aus ethischer Sicht

Communication After Treatment Errors: An Ethical Approach

Zusammenfassung

Bei unerwünschten Ereignissen, besonders aber bei Behandlungsfehlern gerät die Arzt-Patient-Beziehung meistens in eine Krise. Das Vertrauensverhältnis ist erschüttert, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verletzt und das Fürsorgeethos des Arztes in Frage gestellt. Diese Ereignisse werfen für den Arzt und für das Pflegepersonal besondere ethische Fragen auf. Wenn man diese Fragen nicht klärt und in der Folge nicht die ethisch richtigen Haltungen einnimmt, kann das verlorene Vertrauen nicht wieder gewonnen werden. Sowohl die Prinzipienethik, insbesondere aber die Tugendethik, liefern wichtige Ansätze, um die Kriterien einer wirksamen, patientenorientierten Kommunikation bei Fehlern auszuarbeiten und das Vertrauen wiederherzustellen.

Schlüsselwörter: Behandlungsfehler, Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation Prinzipienethik, Tugendethik

Abstract

In adverse events, and medical errors in particular, the physician-patient relationship can enter into a crisis. The bond of trust is shaken, the patient's autonomy is injured and the caring ethos of the physician is questioned. Such events raise special ethical questions for doctors and nursing staff. If these questions are not addressed properly and ethically correct attitudes are not assumed, the lost trust cannot be regained. An ethics of principles, but particularly an ethics of virtues, provides a sound basis for the development of criteria for effective, patient-oriented communication in the case of errors, in order to re-establish a relationship of trust.

Keywords: Medical Error, Physician-patient Relationship, Communication, Ethics of Principles, Ethics of Virtues

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak
Facharzt für Unfallchirurgie
Franz-Josefs-Kai 65, A-1010 Wien
t.gaudernak.ordination@chello.at

Prof. Dr. Enrique H. Prat
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

1. Irren ist menschlich

Murphys Gesetz lautet in der bekannten Form: Alles was schief gehen kann, wird auch schief gehen. Umgelegt auf die Medizin heißt das: Jeder wird früher oder später mit Fehlern und Fehlleistungen konfrontiert.

Aber Ärzte dürfen keine Fehler machen, das haben sie schon in der Ausbildung so gelernt. Im traditionellen Verhältnis einer Fehler-(Un-)Kultur lautet deshalb nicht selten die Devise nach Bekanntwerden eines Fehlers: Besser nichts reden, Vorwürfe zurückweisen und nur noch fragen: Wo ist der Schuldige?

Unerwünschte Ereignisse sind nicht zwingend Folgen von Fehlern. Häufig sind es „schicksalhafte“, nicht vermeidbare Verkettungen von Umständen, die ein nicht erwünschtes Ergebnis oder einen Misserfolg nach sich ziehen.

Der Patient¹ erwartet sich aber den optimalen Verlauf einer Behandlung, der Arzt wiederum geht davon aus, dass der Patient über alle Komplikationen und Risiken ohnedies Bescheid weiß, er ist ja darüber aufgeklärt worden und hat mit diesem Wissen in die Behandlung eingewilligt. Im Stillen denkt er: „Jetzt ist eben eine Komplikation eingetreten, was muss ich da noch viel erklären?!“ Folge ist, dass der Patient nicht ausreichend oder gar nicht informiert wird, dass jedoch das Behandlungsergebnis anders sein wird, als erwartet, dass eine Komplikation aufgetreten ist. Die Folge ist, der Patient wird nicht darüber informiert, dass das Behandlungsergebnis anders sein wird, als erwartet, dass eine Komplikation aufgetreten ist. Aber am Verhalten der Ärzte und des Pflegepersonals, am Nicht-mehr-Erscheinen des Operateurs, und weil der Genesungsverlauf völlig anders abläuft, schöpft der Patient den Verdacht, dass etwas schief gelaufen sein muss.

Für den Betroffenen ist trotz guter Aufklärung das Eintreten eines unerwünschten Ereignisses oft schwer zu verstehen, vor allem dann, wenn ein Schaden offensichtlich wird oder der Verdacht einer Schädigung aufkeimt. Spätestens jetzt, aber ganz besonders dann, wenn ein Fehlverhalten vorliegt

oder zu vermuten ist, steht die Fehlerkultur der Organisation auf dem Prüfstein, und die ersten Gespräche bestimmen den weiteren Verlauf. Eine kommunikative Kompetenz, über die meist weder Ärzte noch andere an der medizinischen Organisationen Beteiligte verfügen, ist nun dringend gefragt.

2. Krise der Arzt-Patient-Beziehung bei Behandlungsfehlern

Bei unerwünschten Ereignissen, insbesondere bei vermuteten oder tatsächlichen, folgenschweren Behandlungsfehlern, gerät die Arzt-Patient-Beziehung in die Krise: Das Vertrauensverhältnis ist erschüttert, der Patient fühlt sich getäuscht und stellt das Fürsorgeethos des Arztes und/oder der Krankenanstalt in Frage.

Im schlimmsten Fall verliert der Patient ohne Vorwarnung – zeitweilig oder für immer – durch fremde Einwirkung etwas Persönliches, etwas, das zu seiner Identität gehört: ein Organ, eine Fähigkeit, die Gesundheit. Er hat das Ereignis nicht gewollt, es ist für ihn ein Schaden entstanden. Ihm ist dadurch Ungerechtigkeit im eigentlichen Sinn widerfahren, die logischerweise Wiedergutmachung verlangt.

Beim Arzt, bei der Abteilung oder beim Krankenhaus steht der Fehler nicht nur im Widerspruch zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, sondern auch zum Fürsorgeethos, das die Beziehung von Seiten der behandelnden Ärzte prägen sollte. Eines der vier Hauptprinzipien der medizinischen Ethik, die Schadensvermeidung, wurde mehr oder weniger schuldhaft in der Behandlung verletzt. Ein Schaden wurde zugefügt und zieht die Frage nach sich, ob es auch einen Schuldigen dafür gibt.

In arbeitsteiligen Gesundheitseinrichtungen, besonders in größere Krankenanstalten, ist die Fehlerursache selten einer einzigen Person zuzuordnen, Missverständnisse und Missgeschicke können nur schwer den einzelnen Beteiligten angelastet werden, denn meist handelt es sich um eine Verkettung mehrerer Umstände und Personen. Trotzdem verändert sich bei Fehlern logischerweise die Stellung des Arztes im Verhältnis zum Patienten. Er ist

im konkreten Moment des Auftretens von Fehlern de facto nicht mehr Fürsorger und Anwalt des Patienten gewesen. Seine Position in der (trotz partnerschaftlicher Orientierung) asymmetrischen Beziehung zum Patienten hat ihre Stärke eingebüßt. Der Fehler, der für ihn möglicherweise straf- und zivilrechtliche, d. h. auch wirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen wird, hat ihn selbst verwundet. Auch sein Ruf kann schwer darunter leiden. Wie soll er sich nach dem Fehler verhalten? Kann er sich wieder zu seinem Fürsorgeethos bekennen und den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen betreuen? Oder soll er seinem Selbstverteidigungstrieb folgend gegenüber dem Patienten auf Distanz gehen und sich vor allem darum sorgen, dass die Folgen des Fehlers für ihn, den Arzt, möglichst gering ausfallen? Vor diesem Dilemma stehen viele Ärzte und Krankenanstalten.

Wo liegt die Lösung? Die durch einen Fehler entstandene Beziehungskrise zwischen Arzt und Patient kann nicht durch einen Rückzug an Kommunikation, sondern, im Gegenteil, nur durch ein Mehr an richtiger, kluger, umsichtiger und taktvoller Kommunikation überwunden werden. Kommunikationstechnik allein wäre aber zu wenig. Die kluge und authentische Kommunikation setzt adäquate moralische Haltungen voraus, die sich erst aus der ethischen Lösung des erwähnten Dilemmas ergeben müssen.

Im 3. Abschnitt werden diese moralischen Fragen aus der Sicht der Prinzipienethik und im 4. Abschnitt aus der Perspektive der Tugendethik erörtert. Im 5. Abschnitt sollen zusammenfassend sechs Hauptkriterien einer patientenorientierten Kommunikation bei Fehlern begründet werden.

3. Umgang mit Behandlungsfehlern aus prinzipienethischer Sicht

3.0 Vier Prinzipien medizinischer Ethik

In den letzten Jahrzehnten haben sich in der medizinischen Ethik vier Prinzipien (oder Gebote)², die als Hauptgrundsätze der Bioethik³ gelten, durchgesetzt. Sie haben inzwischen den Platz ein-

genommen, den noch bis vor kurzem die über Jahrhunderte tradierten Hippokratischen Grundsätze belegt hatten. Diese vier Prinzipien – Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit – sind eigentlich keine wirklich neuen, da zumindest die drei letzten in der hippokratischen Tradition weitgehend enthalten sind.⁴ Die Prinzipienethik ist eine Ethik der dritten Person, die eine Handlung von außen objektiv betrachtet und diese beurteilt, ohne auf die inneren Motivationen und Absichten der Handelnden einzugehen.⁵ Die medizinische Handlung muss sich nach dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten orientieren, Schaden vermeiden, das Wohlergehen des Patienten fördern und gerecht sein. Die Frage, die sich im Rahmen dieser Arbeit stellt, ist: Welche dieser Prinzipien oder Gebote werden durch den Behandlungsfehler verletzt? Und darüber hinaus: Wie soll man diese Prinzipien anwenden, um die nach dem Behandlungsfehler gestörte Arzt-Patient-Beziehung zu heilen?

3.1 Autonomieprinzip

Aus der Sicht des Autonomieprinzips („*voluntas aegroti suprema lex*“) wird durch einen Behandlungsfehler das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten verletzt.⁶ Das Ereignis widerspricht dem Willen und der Erwartung des Patienten, der nichts dagegen tun kann. Nach einem Fehler verlangt das Autonomieprinzip, dem Patienten rasch, in passender Weise, schonend und mit psychologischer Unterstützung, die Möglichkeit zu geben, sein Selbstbestimmungsrecht wieder auszuüben. Dies setzt voraus, dass er ehestens informiert wird, zugleich mit ihm auch alle Personen in seinem Umfeld, besonders die Auskunftsberechtigten und Angehörigen, verbunden mit der Bitte, ihm zu helfen, das Ereignis richtig zu verstehen, es emotional zu verkraften sowie ihn in seinen autonomen Entscheidungen⁷ unterstützend zu beraten. Ein Verzug in der Information oder diese nur beschönigend weiterzugeben, würde nicht nur gegen dieses Prinzip, sondern gegen alle andere drei verstoßen: Er würde den Schaden vergrößern, keinen Nutzen

bringen und wäre ungerecht. Die Schuldhaftigkeit des Behandlungsteams würde sich durch so ein Verhalten nur vergrößern.

3.2 Schadensvermeidung

Das Schadensvermeidungsgebot (klassische Maxime: „primum nil nocere“) wird durch den Fehler nicht absichtlich, aber faktisch missachtet: Ein Schaden ist entstanden. Dieses Prinzip sollte nach Fehlern sofort und ohne zu zögern dazu führen, Handlungen zur medizinischen Begrenzung des Schadens zu setzen. Unabhängig davon, wer hier die Schuld trägt, müssten sich alle Beteiligten im Behandlungsteam solidarisch für die Durchführung dieser Maßnahmen verantwortlich fühlen. Dieses Prinzip enthält auch das Gebot, aus dem Ereignis zu lernen, d. h. dass Vorsorge getroffen wird, damit dieser Fehler nicht mehr vorkommt bzw. verhindert wird, soweit dies möglich ist. Risikomanagement und Qualitätssicherung müssten in Hinblick auf den konkreten Fehler überprüft werden.

3.3 Fürsorge

Das Prinzip der Fürsorge (klassische Maxime: *primum utilis esse*) geht über das Schadenvermeidungsgebot hinaus und gebietet, das Wohlergehen des Patienten zu fördern. Diese Förderung inkludiert ganz besonders die psychologische Betreuung und emotionale Begleitung des Opfers eines Behandlungsfehlers. Meistens ist der Schock der erste Schaden, der rasch behandelt werden soll, damit sich der Patient in der neuen Situation langsam zurechtfinden kann.

3.4 Gerechtigkeit

Wie bereits erwähnt, wird der von Fehlern verursachte Schaden vom Leidtragenden als Ungerechtigkeit wahrgenommen, die nach Wiedergutmachung verlangt. Es gibt unerwünschte Ereignisse, die durch ein Fehlverhalten verursacht sind und dazu führen, dass das Opfer einer Qualität, eines Organs oder einer Fähigkeit zeitweilig oder für immer beraubt wird. Obwohl diese Körperver-

letzung nicht beabsichtigt ist, verlangt das Prinzip der Gerechtigkeit einen Ausgleich, eine Restitution, die auch zivilrechtlich im Behandlungsvertrag inkludiert sein kann. Das Problem ist, dass bei solchen Schäden schwer zu entscheiden ist, wie die Wiedergutmachung konkret gestaltet werden soll. Wie schon oben erwähnt, ist die Fehlerursache oft nicht eindeutig einer Person zuzuordnen, d. h. der Schuldige oder die Schuldigen sind nicht auszumachen. Außerdem trifft das Ereignis alle Beteiligten unvorbereitet und überraschend, weder der Arzt noch der Patient rechnet mit dem Eintreten des Fehlers. Zunächst muss die Krankenanstalt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen klar bekunden, dass alles getan wird, um den Schaden zu begrenzen, das Wohlergehen des Patienten zu fördern, und dass auf jeden Fall für die lückenlose Aufklärung gesorgt werde. Hier dürfte ganz entscheidend sein, dass die Betreiber von Krankenanstalten dafür ganz konkrete Leitlinien für den Ernstfall ausarbeiten, damit der Patient während des Prozesses der Schuldaufarbeitung nicht darüber im Unklaren gelassen wird, dass eine Person, der er vertrauen kann, die Verantwortung für die Aufklärung des Vorfalles mit allen Konsequenzen übernehmen wird.⁸

4. Umgang mit Behandlungsfehlern aus tugendethischer Sicht

4.0 Was ist Tugendethik?

Die in der aristotelischen Tradition stehende Tugendethik⁹ ist im Gegensatz zu der Prinzipienethik eine Ethik der ersten Person. Die Handlung wird aus der Perspektive des handelnden Subjektes betrachtet und beurteilt. In dieser Betrachtung spielen innere Momente des Menschen wie Affekte, Neigungen, Motivationen und Absichten eine entscheidende Rolle.¹⁰ Die Fragestellung der Tugendethik ist eine Doppelte: Was ist gut, das ich in dieser Situation tue, und wie gelingt es mir, es zu tun? Es geht also um einen ganz anderen Zugang zum Guten als in der Prinzipienethik, wenn auch um einen komplementären.¹¹

„Tugenden sind Fertigkeiten und Geschicklichkeit im Handeln, die den Menschen dazu geneigt und geeignet zugleich machen, das Gute gut zu tun. Aber die moralischen Tugenden sind nicht nur diese Neigung zum Guten und die Befähigung dazu, sondern auch immer Qualitätsliebe im Sinne einer Prädisposition, das Gute mit Freude auszuführen. Moralische Tugend ist die erworbene stabile Disposition und Neigung, bestimmte Arten von Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit und Spontaneität zu tun.“¹² Die vier Prinzipien der Bioethik wurden bereits aufgezählt. Diese können aber ohne die entsprechenden Tugenden nicht eingehalten werden.¹³ Prinzipien verhalten sich zu den Tugenden in etwa wie die theoretische zu der praktischen Kompetenz. Der Theoretiker weiß in einer Situation zwar, was zu tun wäre, kann es aber nicht selbst umsetzen; der Praktiker hingegen weiß nicht nur, was und wie es zu tun ist, er ist auch imstande, es umzusetzen. So kann etwa nur derjenige, der schon tugendhaft gerecht ist, einer Forderung des Gerechtigkeitsprinzips freiwillig nachkommen. Das heißt aber nicht, dass Gerechtigkeit nur dank tugendhafter Subjekte möglich ist. Bei ungerechten Handlungen können auch Gerichte dafür sorgen, dass zwangsweise Wiedergutmachung geleistet wird. Allerdings ist es nicht das Ideal, allein durch Verbote und Gerichtsbeschlüsse Gerechtigkeit herstellen zu wollen.

Nach der klassischen Tugendethik sind es also die Tugenden, die das operative Vermögen des Menschen vervollkommen. Und dieses operative Vermögen baut auf vier Säulen: die praktische Vernunft, das Strebevermögen, d. h. den Willen, das sinnliche Begehren und den Mut. Jedes dieses vier Vermögen wird durch eine Tugend vervollkommen: Klugheit (Vernunft), Gerechtigkeit (Wille), Maß (sinnliches Begehren), Starkmut (Mut). Diese sind die Kardinaltugenden (von „cardo“, lat. Türangel), alle anderen Tugenden sind Teile dieser vier.

4.1 Klugheit

Die Klugheit (*prudentia*) ist die Gewandtheit des

richtigen und guten Handlungsurteils,¹⁴ die Fähigkeit zu angemessenem Handeln im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung *aller* für die Situation relevanter Faktoren, individueller Handlungsziele und sittlicher Einsichten. Sie wird auch praktische Weisheit genannt. Klug ist, wer nach Fehlern einen klaren Kopf behält: Er wird nicht übereilt, aber doch rasch, ja sehr rasch handeln, ohne Panik aufkommen zu lassen. Klug ist, wer sich beraten lässt und als Berater vertrauenswürdige Experten heranzieht – und nicht befangene Menschen. Klug handelt, wer die richtigen Prioritäten setzt: An erster Stelle steht der Patient, seine Autonomie, Maßnahmen zur Begrenzung des Schadens, die Förderung seines Wohlbefindens und auch die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zum Behandlungsteam. Klugheit erfordert eine gute Koordination im Behandlungsteam. Das schädliche Ereignis soll aufrichtig von allen bedauert werden. Sobald feststeht, dass es einen Behandlungsfehler gab, darf dieser weder innerhalb des Teams noch gegenüber dem Patienten geleugnet werden. Es ist klug, bei schicksalhaften Ereignissen den Zusammenhalt aller zu demonstrieren: Einheit im Team, und soweit es geht, Verbundenheit mit dem Patienten und mit den Angehörigen.

Eine Aufspaltung des Teams in Schuldige und Nichtschuldige ist kontraproduktiv, sie würde den Wiederaufbau des Vertrauens des Patienten behindern. Die Frage nach der Schuld und den Schuldigen ist im ersten Moment nachrangig. Allerdings sollen die zuständigen, unabhängigen Gremien rasch nach Bekanntwerden des Vorfalls mit einer möglichst umfassenden Sammlung und Analyse aller Fakten beginnen, um ehest möglich Klarheit über die Frage der Schuld zu gewinnen (vgl. 2.4). Dies muss auch nach außen gegenüber dem Patienten und den Angehörigen kommuniziert werden.

Klug ist, wer über Einfühlungsvermögen (Empathie), d. h. Einsicht in die Gefühlswelt der anderen verfügt, in diesem Fall in die des Patienten, aber auch der Kollegen im Behandlungsteam. Die Tugend der Empathie ist wichtig für jede Kommunikation, insbesondere nach Fehlern: Eine taktlose

Kommunikation wird zahlreiche Missverständnisse bewirken und Konflikte nur vergrößern.

Klug ist, wer aus Erfahrung lernt. Daher werden Fehler auch Anlass sein, das Risikomanagement und die Qualitätssicherung zu verbessern und sofort Maßnahmen zu treffen, damit der konkrete Fehler nicht nochmals vorkommt.¹⁵

4.2. Gerechtigkeit

Die Tugend der Gerechtigkeit (*iustitia*) hat natürlich mit dem gleichnamigen Prinzip (vgl. 3.4) viel zu tun, ist aber nicht dasselbe. Gerechtigkeit ist die Haltung, kraft derer eine Person mit standhaftem und beständigem Willen einem jeden sein Recht zuerkennt.¹⁶ Tugendhaft gerecht ist der Arzt, wenn er nicht bloß deshalb gut handelt, um nicht angeklagt werden zu können, oder um dem Gesetz Genüge zu tun. Er handelt vielmehr darüber hinaus aus der Grundeinstellung, das wahrhaft Gute für den Anderen zu wollen, das heißt das, was am ehesten zur Erfüllung von Sinn und Existenz des Anderen führt. Damit kommt er selbst als Person in Beziehung zum Patienten. Diese Erweiterung des Entscheidungshorizontes ermöglicht es erst, in der Reflexion auf die konkrete Situation das wahrhaft Gute zu finden. Durch Einübung wird er dies mit Freude und ohne Zögern tun.¹⁷

Gerecht ist, wer nach Fehlern besonders um die Achtung des Willens des Patienten, um Minimierung des Schadens und um die Förderung des Wohlergehens des Opfers bemüht ist. Der Gerechte wird ebenfalls die Wiedergutmachung für den Schaden in den Vordergrund seiner Bemühungen stellen und nicht nur auf reine Selbstverteidigung abzielen, um den bestmöglichen Ausstieg aus dem Konflikt zu erreichen. Hier zeigt es sich, dass diese Tugend für alle, die die vier oben erwähnten Prinzipien umsetzen wollen, unerlässlich ist. Wer diese Tugend, d. h. diese Haltung nicht hat, wird es nicht schaffen.

Zur Tugend der Gerechtigkeit gehört auch die Wahrhaftigkeit. Wahrheit am Krankenbett ist ein Recht des Patienten, besonders nach Fehlern. Die Wahrheit in eigener Sache darf niemandem vor-

enthalten werden. Niemand darf getäuscht werden, und ganz besonders nicht, wenn man ihm einen Schaden zugefügt hat: Fahrerflucht ist ein Delikt. Da nicht nur der Patient, sondern auch das Behandlungsteam nach folgenschweren Behandlungsfehlern meist unter Schock stehen, ist es oft nicht leicht, die Wahrheit zu sagen, einfach weil man nicht wahrhaben kann oder will, was tatsächlich passiert ist. Der Wahrhaftige ist zunächst sich selbst gegenüber und dann auch den Auskunftsberechtigten gegenüber – Kollegen, Anstaltsleitung, Patient – aufrichtig. Aber auch eine rein faktische Wahrheit ist nicht immer leicht zu vermitteln. Dies kann für das Behandlungsteam, das soeben einen Fehler begangen hat, sehr schwer sein. Oft wird es notwendig sein, *ad hoc* ein professionelles Kommunikationstraining in Anspruch zu nehmen, denn die gängige kommunikative Kompetenz der meisten Mitglieder eines Behandlungsteams reicht für diese schweren Situationen oft nicht aus. Die Wahrheit richtig zu kommunizieren, erfordert die bereits erwähnte Tugend der Empathie (vgl. 3.1), die es erlaubt, die Kommunikation, d. h. die Botschaftsvermittlung, dadurch zu erleichtern, dass der Empfänger der Botschaft emotional richtig vorbereitet wird.

4.3 Tapferkeit

Die Lösung des Konfliktes, in den das Behandlungsteam nach begangenen Fehlern hineingeraten ist, verlangt von den behandelnden Personen große Tapferkeit (*fortitudo*). Dieser Tugend sind zwei Aktionstypen zuzuordnen: Ausharren (Ertragen) und Angreifen (Mut).¹⁸ Zum ersten Aktionstyp gehören die Geduld¹⁹ und die Langmut²⁰. Nach Fehlern braucht das Behandlungsteam viel Geduld. Es werden große Unannehmlichkeiten zu ertragen sein: eigene Frustration, verhörähnliche Situationen, Konfrontationen, belastende administrative Arbeit bis hin zum Einbruch in der Wertschätzung durch Vorgesetzte, Kollegen, Mitarbeiter und Patienten. Wie oben erwähnt: Eine „Fahrerflucht“-Handlung wäre eine Unklugheit, die das Problem nur noch verschlimmern würde. Die Geduld dage-

gen hilft, um der erhofften Konfliktlösung willen auch unangenehme, belastende Dinge zu ertragen. Langmut braucht man, wenn die Lösung sich in die Länge zieht und die Wartezeit zunimmt.

Zum zweiten Aktionstyp gehört der Mut, den Fehler gegenüber dem Patienten, seinen Angehörigen, den Kollegen und der Krankenhausleitung einzugestehen. Dass ein Fehler passiert ist, liegt ja meist bald auf der Hand. Wie es dazu gekommen ist und wer da die Schuld trägt, ist etwas anderes. Darüber sollte man erst später, wenn die Analysen abgeschlossen sind, sprechen. Auch braucht es Mut, die neue Lage mit dem Patienten auf angemessene Weise zu besprechen. Diese Übung von Mut, Geduld und falls notwendig von Langmut ist eine notwendige Voraussetzung, das Vertrauen des Patienten mit der Zeit wieder zu gewinnen. Sich um die Wahrheit zu drücken, sie durch Halbwahrheiten zu beschönigen, würde dagegen zur Eskalation des Konfliktes führen und den Weg zu einer guten Lösung verbauen.

4.4 Maßhalten

Das Maß (temperantia), auch Besonnenheit oder Maßhalten genannt, wird meistens in Zusammenhang mit der ärztlichen Praxis als die Tugend genannt, die vor diagnostischem und therapeutischem Übereifer bewahrt. Sie soll aber auch die Geldgier (durch Loslösung) und den Drang zur Selbstüberschätzung (durch Demut) mäßigen.²¹ Alle diese drei Aspekte dieser Tugend, eigentlich Teiltugenden des Maßes, kommen in der Situation des Arztes nach Behandlungsfehlern zum Tragen. Nicht selten wird nach Fehlern ein schwindelerregender und hektischer diagnostischer und therapeutischer Übereifer entfaltet. Damit will man signalisieren, dass man bereit ist, zum Wohl des Patienten bis an die äußerste Grenze aller Möglichkeiten zu gehen. De facto wird aber damit nur die Flucht nach vorne ergriffen, ohne sich den richtigen Problemen zu stellen. Durch hektische und überflüssige medizinische Maßnahmen wird die Lage nicht besser und kein Problem gelöst.

Dass Fehler auch Geld kosten, ist klar. Die Tugend der Loslösung wird helfen, keine kontraproduktive Handlung nur um des Geldes wegen zu setzen und bereit zu sein, für den begangenen Fehler auch die Kosten zu tragen (die meist von der Versicherung des Arztes bzw. des Krankenhauses gedeckt sind).

Besonders erwähnenswert ist auch die Tugend der Demut. Dass Irren menschlich ist, gibt jeder leicht zu, aber den eigenen konkreten Fehler einzugestehen, fällt normalerweise sehr schwer. Jeder begehrt einen guten Ruf, möchte Prestige haben, neigt dazu, sich selbst zu überschätzen, meint, in vielen Punkten besser als die anderen zu sein, und möchte sich in dieser Überlegenheitsposition anerkannt und honoriert wissen. Die Tugend der Demut ist notwendig, um auf dem Boden der Wirklichkeit zu bleiben, um die eigene Fehlerhaftigkeit im Allgemeinen, aber auch im Konkreten zuzugeben und aufrichtig zu bedauern. Diese Tugend ist nicht nur wichtig für den, der den Fehler begeht, sondern auch für die Kollegen, die Vorgesetzten und die Mitarbeiter, die sich davor hüten sollten, ihn zu verurteilen, als ob sie solche Fehler niemals begehen könnten. Demut führt daher zu Solidarität im Team. Beide Tugenden können dem Patienten und seinen Angehörigen dabei helfen, das bedauerliche Ereignis zu verkraften (vgl. 3.2 und 4.1).

5. Sechs Kriterien der patientenorientierten Kommunikation bei Behandlungsfehlern

Aus den besprochenen Prinzipien und Tugenden ergeben sich konkrete Handlungsanleitungen, die man in sechs Kriterien einer ethisch fundierten, patientenorientierten Kommunikation zusammenfassen kann:

1. rasches Handeln
2. Vertrauenssituation wiederherstellen
3. den objektiven Schaden minimieren
4. Mut zu Wahrheit aufbringen
5. Bereitschaft für Fehlerwiedergutmachung zeigen
6. Angehörige in die Kommunikation mit einbeziehen.

Bei der Besprechung der einzelnen Kriterien wird in Klammern auf die Abschnitte des Artikels verwiesen, in denen diese behandelt wurden.

5.1 Rasches Handeln

Nach einem Ereignis, bei dem der Patient einen Schaden erleidet, muss rasch gehandelt werden. Die erste Voraussetzung dazu ist, dass das Behandlungsteam sehr schnell zur Einsicht kommt, dass der Schaden möglicherweise Folge eines Fehlverhaltens ist und dies auch gegenüber weiteren Verantwortlichen (z. B. Ärztliche Leitung und Krankenanstaltsleitung) unverzüglich kommuniziert wird (vgl. 4.4). Erst dann können eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet werden: a) den Patienten zu informieren, vorausgesetzt dass er physisch und psychisch in der Lage ist, die Auskunft über seine Situation zu verkraften, (vgl. 3.1); b) dem Patienten nachhaltige medizinische Betreuung zur Schadensbegrenzung zukommen zu lassen (vgl. 3.2) und c) nach möglichst umfassender Sammlung aller Fakten die Analyse der Vorgänge beginnen (vgl. 3.4 und 4.1).

5.2 Vertrauenssituation wiederherstellen

Ein vom Patienten vermutetes Ereignis, das nicht angesprochen oder entsprechend erklärt wird, stellt einen starken Anreiz für eine Beschwerde oder Klage dar. Ein mitfühlendes und ehrliches Gespräch in geordneter Umgebung ist der wichtige erste Schritt, der oft am schwersten fällt. Bei folgenschweren Behandlungsfehlern wird meistens das Vertrauensverhältnis so sehr erschüttert, dass nur durch eine qualitativ anspruchsvolle empathische Gesprächsführung das zur Fortsetzung der Behandlung notwendige Vertrauen wieder hergestellt werden kann (vgl. 2.). Zu allererst muss der Patient aber einmal in die Lage gebracht werden, die Wahrheit zu verkraften und die neue Situation zu akzeptieren. Erst dann kann er wirklich autonome Entscheidungen treffen (vgl. 3.1). Einem Team zu vertrauen, das soeben versagt hat, ist schwierig. Daher müssen sich alle im Behandlungsteam, an-

gefangen vom Leiter der Abteilung, über Oberarzt, Stationsarzt, die Krankenpflegepersonen bis hin zum Psychologen (vgl. 3.2, 3.3 und 4.4) um das Vertrauen des Patienten bemühen. Eventuell kann es angebracht sein, auch gut ausgewählte teamfremde Kommunikationsexperten heranzuziehen.

5.3. Den objektiven Schaden minimieren

Das Behandlungsteam muss sich für die Durchführung dieser Maßnahmen solidarisch verantwortlich führen (vgl. 3.2). Der Patient muss laufend Signale bekommen, dass man sich aufrichtig bemüht. Es wäre dagegen unangebracht, durch diagnostische und therapeutische Hektik die Flucht nach vorne zu ergreifen (vgl. 4.4). Kosten sollen vorerst keine Rolle spielen, allerdings sind auch keine Erwartungshaltungen zu schüren (vgl. 4.4).

5.4. Mut zu Wahrheit

Mut (vgl. 4.3), Wahrhaftigkeit (vgl. 4.2) und Empathie (vgl. 4.1) sind jene Tugenden, die nach folgenschweren Fehlern beim Behandlungsteam besonders gebraucht werden und die Kommunikation prägen müssen. Erste Erklärungen gegenüber dem Patienten sollten sich auf Fakten beschränken: Was ist vorgefallen und wie wird sich das Ereignis auf den Patienten auswirken, sowohl unmittelbar als auch hinsichtlich der Prognose. Die Gespräche mit dem Patienten und, wenn der Patient es wünscht, auch mit seinen Angehörigen müssen im Team gut abgestimmt werden (vgl. 4.1). Vermutungen oder Schuldzuweisungen gegen Behandelnde sind auf jeden Fall zu vermeiden (vgl. 4.1). Schuldzuweisungen an den Patienten oder Vermutungen, dass möglicherweise der Patient selbst für den Schaden verantwortlich sein könnte, sind strikt zu unterlassen. Eine offene, ehrliche und wirksame Kommunikation enthält dagegen ein demütiges Eingeständnis und das glaubhafte Bedauern des Fehlers (vgl. 4.4). Dabei braucht nicht verschleiert zu werden, wie betroffen das Team ist. Dieses Eingeständnis schadet nichts, im Gegenteil: Ernstzunehmende Patientenbefragungen ergeben, dass

die Klagebereitschaft abnimmt, wenn dem Arzt ein ehrliches Bedauern geglaubt wird.²² Wichtig ist, alle Gespräche mit dem Patienten sehr gut vorzubereiten und im Team abzustimmen (vgl. 4.1.). Es gibt kaum etwas Schlimmeres als von jedem Arzt eine andere Version serviert zu bekommen. Ein *ad hoc* organisiertes professionelles Gesprächstraining ist bei folgenschweren Fehlern in Erwägung zu ziehen (vgl. 4.2). In solch schwerwiegenden Fällen wäre ein Training sicher keine unverhältnismäßige Maßnahme.

5.5 Bereitschaft zur Fehlerwiedergutmachung zeigen

Sowohl das Prinzip der Gerechtigkeit (vgl. 3.4) als auch die gleichnamige Tugend (4.2) fordern Restitution (4.4). Nach Behandlungsfehlern sollte bald die Bereitschaft dazu eindeutig kommuniziert werden, ohne auf Details einzugehen. Damit diese Botschaft glaubwürdig wird, muss sie vom Hauptverantwortlichen bestätigt werden, der den Patienten auch darüber informiert, wie eine Schadenswiedergutmachung aussehen könnte (vgl. 3.4).

5.6 Angehörige in die Kommunikation mit einbeziehen

Bei folgenschweren Behandlungsfehlern zählen auch die Angehörigen der Patienten zu den Opfern. Auch sie müssen die neue Situation verkraften. Vor allem sie werden dem Patienten helfen können, die neue Lage mit Zuversicht anzunehmen. Sofern es nicht Kinder sind, deren Eltern natürlich unverzüglich einzubinden sind, ist es klug (vgl. 4.1), Angehörige, sofern sie auskunftsberechtigt sind, umfassend zu informieren, sie in gewisse Entscheidungen mit Zustimmung des Patienten einzubeziehen und sie zu bitten, ihm zu helfen, damit er das Ereignis richtig zu verstehen und emotional zu bewältigen lernt, sowie ihn unterstützend in seinen Entscheidungen zu beraten (vgl. 3.1).

Referenzen

1 Begriffe wie Arzt, Patient, usw. in diesem Aufsatz be-

- treffen immer Ärzte und Ärztinnen, Patienten und Patientinnen usw.
- 2 Pöltner G., *Grundkurs Medizin Ethik*, Facultas, Wien (2002), S. 43 ff.
 - Schweidler W., *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, *Imago Hominis* (2000); 7: 35-48
 - 3 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, Oxford (1994)
 - 4 Lichtenthaler C., *Der Eid des Hippokrates, Ursprung und Bedeutung*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1874)
 - Roth G., *Juro, Spondeo ac Polliceor – Konstanz und Wandel der ärztlichen Eide und Gelöbnisse*, *Imago Hominis* (1995); 9-17
 - Koslowski L. (Hrsg.), *Maximen in der Medizin*, Schattauer, Stuttgart (1992)
 - 5 Gonzalez A. M., *Prinzipien und Tugenden in der Bioethik*, *Imago Hominis* (2000); 7: 17-33
 - 6 Gaudernak T., *Kommentar zum Fall: „Behandlung gegen den Willen des Patienten“*, *Imago Hominis* (1995); 2: 57-62
 - 7 Prat E. H., *Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten*, *Imago Hominis* (2009); 16: 115-128
 - 8 Plattform Patientensicherheit, *Wenn etwas schief geht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall*, <http://plattformpatientensicherheit.at/content/site/de/dokumenteempfehlungen/index.html>
 - 9 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*
 - 10 Rhonheimer M., *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, *Imago Hominis* (2000); 7: 103-114
 - Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001)
 - Müller A. W., *Was taugt die Tugend?*, Kohlhammer, Stuttgart (1998)
 - 11 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, Oxford (1993), S. 18-29
 - 12 Prat E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8: 265-272
 - Prat E. H., *Bioethik: Konsens und Tugendethik*, *Imago Hominis* (2000); 7: 125-138
 - 13 Bonelli J., Mader J., *Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog*, *Imago Hominis* (2000); 7: 189-197
 - 14 Auner N., *Tugend der Klugheit und ärztliche Praxis*, *Imago Hominis* (2001); 8: 275-281
 - 15 Prat E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhangs*, *Imago Hominis* (2000); 7: 199-211

- 16 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II qu. 58, art. 1
- 17 Klötzl R., *Die Tugend der Gerechtigkeit*, *Imago Hominis* (2001); 8: 283-290
- 18 Jahn O., *Tapferkeit als ärztliche Tugend*, *Imago Hominis* (2001); 291-295
- 19 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II q. 136, art. 1
- 20 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II q. 136, art. 5
- 21 Kummer F., *Temperantia – Tugend des Maßhaltens*, *Imago Hominis* (2001); 8:297-302
- 22 Schwappach D., Köck C., *What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors*, *Int J Qual Health Care* (2004); 16: 317-326