

THOMECEK, C., D. HART, M.-A. HOCHREUTENER,
J. NEU, F.-M. PETRY, P. OLLENSCHLÄGER,
S. SÄNGER und O. FRANK: Kommunikation:
»Schritt 1« zur Patientensicherheit – auch
nach dem unerwünschten Ereignis

chir. praxis 70, 691–700 (2009)
Hans Marseille Verlag GmbH München

Kommunikation: »Schritt 1« zur Patienten- sicherheit – auch nach dem unerwünschten Ereignis

C. THOMECEK, D. HART, M.-A. HOCHREUTENER,
J. NEU, F.-M. PETRY, P. OLLENSCHLÄGER,
S. SÄNGER und O. FRANK

Ärztliches Zentrum für Qualität
in der Medizin, Berlin;
Institut für Gesundheits- und Medizin-
recht, Aktionsbündnis Patientensicher-
heit der Universität Bremen;
Stiftung für Patientensicherheit, Zürich;
Schlichtungsstelle der Norddeutschen
Ärzttekammern, Hannover;
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH,
Detmold

*Patientensicherheit – Kommunikation –
unerwünschtes Ereignis – Fehler – »Täter« –
»Schuldige« – Lernprozess*

Einleitung

Unerwünschte Ereignisse gehören in der immer komplexer werdenden Welt der Gesundheitsversorgung zu einem Faktor, der die Risiken einer für Behandler und Patienten zufriedenstellenden Behandlung mit beeinflussen kann. Das »unerwünschte Ereignis« wird wie folgt definiert: *»Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein«* – es ist keinesfalls mit dem allgemein verbreiteten und oft synonym verwendeten Begriff »Fehler« gleichzustellen, der wie folgt definiert ist: *»Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant«*.

Da die Anzahl von unerwünschten Ereignissen und von Fehlern bedeutsam ist, sollte dies Grund genug sein, ein fortwährendes Risikomanagement mit existierenden wirksamen Methoden zur Risikominimierung zu betreiben und aus ihnen zu lernen. Leider wird dieses Wissen viel zu wenig genutzt, geschweige denn angewendet.

Neben diesen Ereignissen sind Missverständnisse, Fehlinterpretationen und Fehlbeurteilungen die häufigsten Formen des Scheiterns der Verständigung zwischen den Behandelnden und den Patienten. Die richtige Kommunikation und der korrekte Umgang nach einem unerwünschten Zwischenfall sind daher die zentralen Aspekte im Themenkreis »Patientensicherheit, klinisches Risikomanagement und Betreuungsqualität«.

Bereits im Jahre 2007 hat sich die »Stiftung für Patientensicherheit Schweiz« dieses Themas angenommen und in enger Zusammenarbeit mit Experten verschiedener medizinischer Fachgesellschaften und -organisationen einen Flyer entwickelt, der die Gesundheitsinstitutionen und die in der Gesundheitsversorgung arbeitenden Personen bei der Erstellung ihrer

betriebsinternen Richtlinien unterstützen soll.

Von »Wer war das?« zu »Wie konnte das geschehen?«

Die meisten Menschen haben Angst davor, zu versagen bzw. diesen Eindruck zu vermitteln. Vor allem in der heutigen Medizin, wo »Versagen« oft als Fehler bezeichnet wird, was fatale Folgen haben kann, stehen Ärzte, Pflegende und Therapeuten unter immensen Druck, keine Fehler zu machen. Dies basiert auf einer (vor allem in der Medizin traditionell verankerten) autoritären Denkweise sowie auf klar strukturierten und manifestierten Hierarchien in den Gesundheitsinstitutionen. Dadurch beschränkte sich der Umgang mit Versagen in der Vergangenheit primär auf die Suche nach einem Schuldigen, um diesen bloßzustellen und zu sanktionieren.

Dieses Vorgehen behindert nach wie vor einen konstruktiven Umgang mit unerwünschten Ereignissen, im Sinne der Aufhebung des klassischen »Opfer-Täter«-Denkens. Es ist wichtig, von dieser Denkweise wegzukommen, hin zur Frage »*Warum und wie konnte das geschehen?*«, um den Schritt von einer »Vorwurfskultur« zur »Sicherheitskultur« zu tätigen. Dabei wird vor allem auch verkannt, dass »Fehler« nur einen Teil der unerwünschten Ereignisse ausmachen, die Patienten auch schädigen können.

In diesem Sinne sollten unerwünschte Ereignisse bzw. Fehler als *Chance* erkannt und für Veränderungen und Weiterentwicklungen in den Unternehmensprozessen genutzt werden.

Kommunikationsdefizite in Klinik und Praxis

Eine Auswertung von 1000 Schlichtungsanträgen an die Norddeutsche Schlichtungsstelle (nicht selektiert, sondern stets in Reihenfolge erfasst) zeigt, dass 332 Kommunikationsprobleme von Patienten moniert wurden. Es handelt sich nicht um justiziable Kommunikationsdefizite, also nicht um solche, in denen etwa eine unterbliebene Information zur weiteren Behandlung notwendig gewesen und das

Unterlassen als Behandlungsfehler zu werten gewesen wäre. Die hier aufscheinenden Probleme stehen vielmehr im Zusammenhang mit (un-)professioneller Kommunikation, die bei unbefriedigendem Heilverlauf nicht der Erwartung der betroffenen Patienten entsprochen hat.

In den 332 Anträgen wurden 59% der Beanstandungen von Patienten selbst, 17,2% von Angehörigen und 23,8% von Rechtsanwälten und anderen Rechtsvertretern erhoben.

Die Kommunikationspartner waren für die Auswertung in 3 Gruppen aufgeteilt – diese waren in folgender Relation (mehrfache Beanstandungen waren möglich) betroffen: Chefärzte, Praxisinhaber 54%; nachgeordnete Ärzte 37,8%; Pflegepersonal 8,2% (Tab. 1).

Patienten informieren

Die Praxis zeigt, dass Patienten nicht selten deshalb Ansprüche erheben, weil sie nach ihrer Auffassung über eingetretene Komplikationen nicht umfassend informiert bzw. mit ihren Ängsten allein gelassen wurden. Oft entsteht so der Verdacht, es solle »etwas vertuscht« werden (dieser Verdacht ist häufig das Motiv für die Anspruchserhebung). Des Weiteren bilden gerade derartige Situationen die Motivation auf Seiten des Patienten zur Einleitung eines Strafverfahrens.

Kommunikation ist notwendig (Abb. 1)

Nach einem Behandlungszwischenfall haben Patienten klare kommunikative Anliegen. Wenn diesem Anliegen nicht in der richtigen Art und Weise nachgegangen wird und Informationen zurückgehalten werden, wird das Vertrauen des Patienten zu den behandelnden Ärzten und der Gesundheitsinstitution darunter leiden. Ein offener Umgang mit Zwischenfällen ist demnach von großer Bedeutung. Eine ehrliche Patientenaufklärung nach einem

Vorwürfe	Chefarzt/ Praxisinhaber	Nachgeordnete Ärzte
Keine Zeit; Kontaktaufnahme nicht möglich	22	13
Zu selten Visite	4	4
Hört nicht zu	8	9
Informiert allgemein ungenügend	47	23
Nach Eintreten einer Komplikation ungenügende Information	49	45
Nach Eintreten einer Komplikation keine Information	9	4
Schickt seinen Vertreter/Assistenten	1	0
Nimmt auf Schmerzen/Symptome keine Rücksicht	76	59
Ist während des Gesprächs abgelenkt (PC, Telefon, Mitarbeiter etc.)	3	1
Kümmert sich um Mitpatienten, nicht um mich	1	1
Unsachliche Gesprächsführung	36	20
Gesamt	256	179

Tab. 1

Kommunikationsprobleme (n = 435), Mehrfachnennung möglich (ohne Pflegekräfte [diese Gruppe war signifikant nur mit dem Vorwurf »nimmt auf Schmerzen/Symptome keine Rücksicht« – 31 von insgesamt 39 Patienten betroffen])

Behandlungszwischenfall ist die Grundlage für eine Atmosphäre des Vertrauens und der erste Schritt für seine konstruktive Bewältigung.

Das in den USA erschienene Dokument »When Things Go Wrong« (1) formuliert konkrete Empfehlungen für den Umgang nach einem Zwischenfall. In Anlehnung an das von den Harvard-Krankenhäusern entwickelte Vorgehen hat die Stiftung für Patientensicherheit das Vorgehen übernommen und einen Flyer entwickelt, der die zentralen Aspekte bei der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Behandlungszwischenfall prägnant zusammenfasst und mit Illustrationen un-

termalt. Nachfolgend werden die Empfehlungen der »Stiftung für Patientensicherheit Schweiz« vorgestellt.

Bewahrung vor weiterem Schaden (Abb. 2)

Erstes Gebot nach einem Behandlungszwischenfall ist die Bewahrung vor weiterem Schaden. Dazu bedarf es eines koordinierten und verantwortungsbewussten Vorgehens durch die Unternehmensführung.

- Wann? Kommt es zu einem Zwischenfall, soll nach Vorliegen von verlässlichen

Informationen und klaren Fakten das Gespräch mit dem Patienten so schnell wie möglich (möglichst innerhalb von 24 Stunden) gesucht werden.

○ Wer? Das Gespräch ist von einer verantwortlichen Person aus dem Behandlungsteam zu führen, zu der der Patient ein Vertrauensverhältnis hat und durch die das Gefühl von Fürsorge, Sorge und Kompetenz in der weiteren Behandlung vermittelt wird.

○ Wo? Die Wahl einer geeigneten Umgebung, in der das Gespräch geführt wird, ist wichtig. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Privatsphäre des Patienten geschützt wird und eine ruhige Kommunikation möglich ist.

Gesprächsinhalte (Abb. 3)

Die ersten Erklärungen sollten sich auf Fakten beschränken, die Hinweise darauf geben, was konkret und wie etwas passiert ist und welche unmittelbaren Auswirkungen dieser Behandlungszwischenfall auf den weiteren Behandlungsverlauf hat.

Von entscheidender Bedeutung für das Aufrechterhalten des Vertrauensverhältnisses ist, dass von Seiten der Behandelnden Bedauern zum Ausdruck gebracht wird. Darüber hinaus sollten die medizinischen Folgen dieses Behandlungszwischenfalls aufgezeigt und gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen mögliche Behandlungsstrategien zur Be-

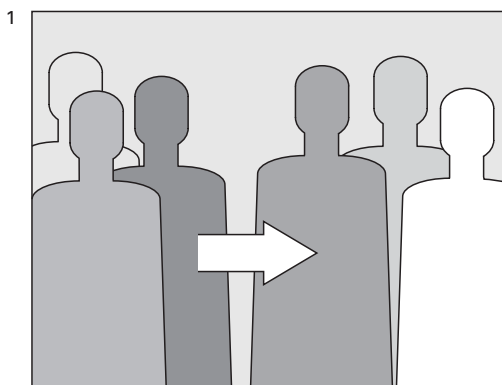


Abb. 1
Vertrauensverhältnis aufbauen, gegebenenfalls Wechsel des Behandlungsteams anbieten



Abb. 2
Bewahrung vor weiterem Schaden

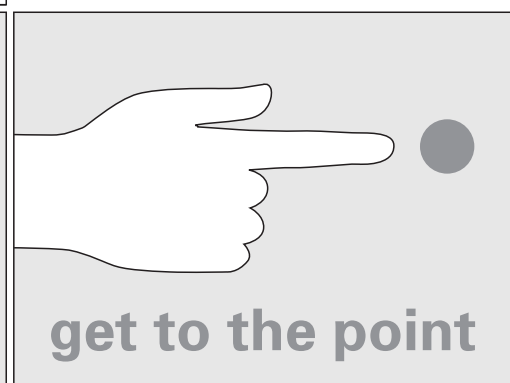


Abb. 3
Sich auf Fakten beschränken; was und wie ist es passiert

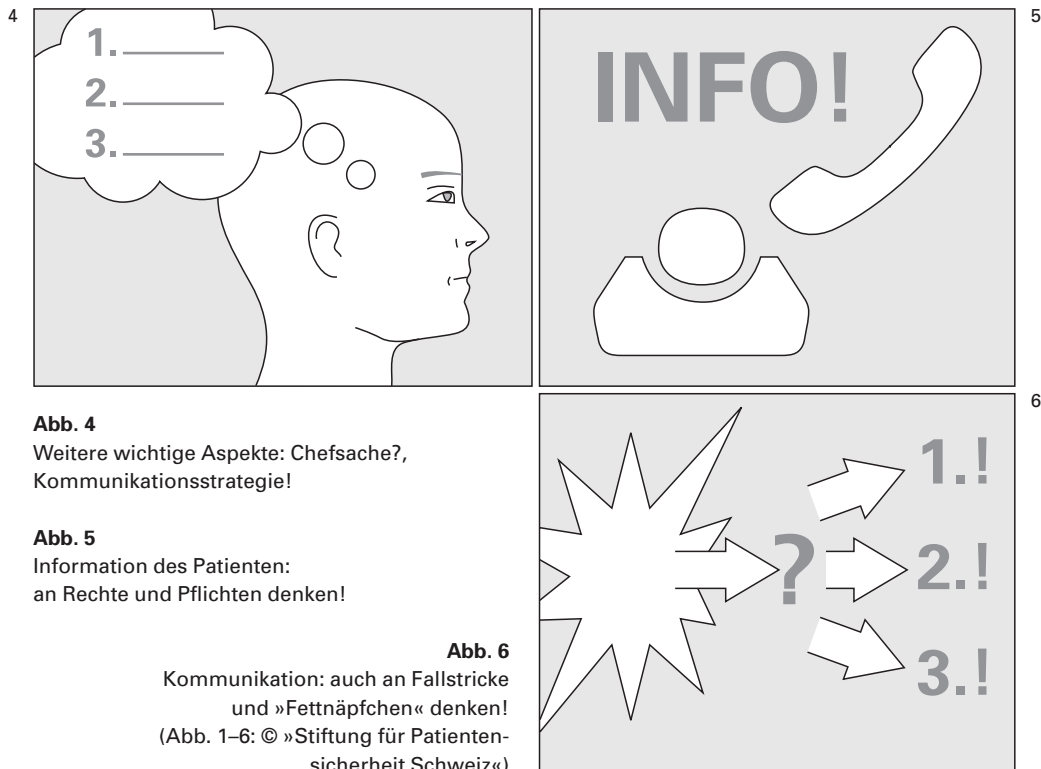


Abb. 4
 Weitere wichtige Aspekte: Chefsache?,
 Kommunikationsstrategie!

Abb. 5
 Information des Patienten:
 an Rechte und Pflichten denken!

Abb. 6
 Kommunikation: auch an Fallstricke
 und »Fettnäpfchen« denken!
 (Abb. 1–6: © »Stiftung für Patientensicherheit Schweiz«)

wältigung dieser medizinischen Folgen besprochen werden.

Ist das Vertrauensverhältnis nach einem Behandlungszwischenfall gestört, sollte ein alternatives Behandlungsteam zur Verfügung stehen. Das Anbieten eines solchen Teams ist übrigens auch bei einem ungestörten Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und dem Patienten ratsam. Die Entscheidung tragen dabei allein der Patient und – wenn der Patient dies will – seine Angehörigen.

Für die abschließende Bewältigung des Behandlungszwischenfalls ist die regelmäßige Information des Patienten über neue Erkenntnisse unerlässlich. Nur durch

die Aufrechterhaltung des Vertrauens, auch nach dem Aufenthalt in einer Gesundheitsinstitution, kann die Nachsorge in einer professionellen und geeigneten Art und Weise erfolgen.

Weitere wichtige Aspekte (Abb. 4)

Für ein erfolgreiches Management eines Behandlungszwischenfalls sind ein institutioneller Rahmen sowie die Unterstützung durch die Führungsetage und eine entsprechende Unternehmenskultur in der Gesundheitsinstitution erforderlich. Schwerwiegende Behandlungszwischenfälle sind »Chefsache«. Dieser verantwortet die Koordination der Aktivitäten zur Analyse des

Behandlungszwischenfalls und trägt Sorge dafür, dass daraus entwickelte Verbesserungs- und Lernprozesse in der Gesundheitsinstitution umgesetzt werden.

Voraussetzung für eine lückenlose Analyse des Behandlungszwischenfalls ist zum einen die Sicherstellung aller Dokumente, Akten, benutzten Medikamente, gebrauchten Verbrauchsmaterialien (inklusive Abfälle) sowie aller benutzten Geräte, zum anderen die Erstellung eines zeitnahen Gedächtnisprotokolls aller Beteiligten am Behandlungszwischenfall.

Für die Kommunikation innerhalb der Gesundheitsinstitution ist eine Strategie festzulegen. Alle Aktivitäten sind für die interne Qualitätsverbesserung zu dokumentieren.

Die Kommunikation aus der Sicht des Risikomanagers

Die Empfehlungen zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall hat die Stiftung für Patientensicherheit in einem Flyer prägnant zusammengefasst. Weiterführende Literatur befindet sich im Originaldokument »*When Things Go Wrong*« (1).

Dank der Übersetzungserlaubnis der Autorenschaft ist eine deutschsprachige Version »*Wenn etwas schief geht*« bei der Stiftung für Patientensicherheit erhältlich. Diese dient als praxisorientiertes Handbuch zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema »Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall«.

Der rechtliche Rahmen (Abb. 5)

Rechtliche Bedenken hinsichtlich der Kommunikation mit dem Patienten nach einem Zwischenfall bestehen prinzipiell nicht. Im Gegenteil: Es sind teilweise sogar Pflichten zur Aufklärung bzw. zur Information festgeschrieben; der Behandler darf den Patienten informieren, es sei denn es gäbe z. B. verbindliche (nicht nur

empfehlende) krankenhauserne Richtlinien für die Kommunikation nach Zwischenfällen (etwa Festlegung von Zuständigkeiten bei Schadensfällen).

Die Bewahrung des Patienten vor einem aus dem Zwischenfall erwachsenden oder drohenden weiteren Schaden (Schadensminderungs- bzw. -abwendungspflicht) ist eine Pflicht aus dem (angetretenen) Behandlungsvertrag. Wird während des laufenden Vertrages eine Behandlung der Folgen des Zwischenfalls erforderlich, so hat der Arzt auch über den Grund dieser weiteren Behandlung aufzuklären bzw. zu informieren und auf eine Komplikation hinzuweisen. Diese Pflicht besteht aber auch nachvertraglich (also nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses) als Aufklärungs- bzw. Informationspflicht des Behandlers bzw. des Vertragspartners gegenüber seinem früheren Patienten. Mittelbar ergibt sich insofern eine Verpflichtung des Behandlers, den Patienten über den Zwischenfall und seine Folgen zu informieren, auch wenn der Patient eine schadensmindernde Behandlung durch diesen Behandler ablehnt.

Eine allgemeine Verpflichtung des Behandlers, den Patienten über einen eigenen Fehler – wohl-gemerkt nicht den Schaden; siehe voriger Absatz – zu informieren, besteht nach umstrittener, aber überwiegender Meinung in Literatur und Rechtsprechung nicht (keine Pflicht zur Selbstanzeige) (2–4).

Das Recht erlaubt selbstverständlich auch Anerkenntnisse, aber es mahnt den Arzt haftpflichtversicherungsrechtlich zum vorherigen Gespräch mit dem Versicherer.

Umgekehrt hat aber selbstverständlich der Behandler das »Recht«, den Patienten über den Behandlungszwischenfall und den Fehler zu informieren. Grundsätzlich kann er auch ein Schuldanerkennnis abgeben. Das kann allerdings versicherungsrechtlich negative Konsequenzen insofern haben, als der Anerkennende den Schaden selbst zu tragen hat, wenn der Versicherer nicht dafür einzustehen hat. Dies wäre dann der Fall, wenn trotz Vorliegen eines Fehlers und eines eingetretenen Schadens die Haftung des Arztes im Einzelfall zu verneinen wäre, etwa weil es an der erforderlichen Kausalität zwischen Fehler und Schaden mangelt. Deshalb ist dem Behandler zu

raten, vor einem Anerkenntnis mit seinem Versicherer zu sprechen und das Vorgehen mit ihm abzustimmen.

Das schließt aber keinesfalls aus, mit dem Patienten zu sprechen:

- Tatsachen berichten ist nicht Schuld anerkennen!
- Mit dem Patienten über einen Zwischenfall sprechen ist kein Schuldanerkenntnis!
- Sein Bedauern über einen Zwischenfall aussprechen ist kein Schuldanerkenntnis!

Der Behandler sollte sich immer darüber im Klaren sein, dass der Patient jederzeit (auch) ein außerprozessuales Recht auf Einsichtnahme in die Krankendokumentation hat – ohne ein besonderes Interesse daran nachweisen zu müssen –, und dass die vorgefallene Komplikation möglicherweise dokumentationspflichtig war. Spricht der Behandler nicht mit dem Patienten und erfährt dieser aus der Krankenakte von dem dokumentierten Zwischenfall, dann wird das ein (noch) bestehendes Vertrauensverhältnis wahrscheinlich nachhaltig zerstören.

Der vom Zwischenfall betroffene Patient hat gegenüber dem Behandler bzw. dem Vertragspartner kein allgemeines Auskunftrecht, aber der Behandler muss auf Fragen des Patienten – wie im gesamten Behandlungsverhältnis – wahrheitsgemäß antworten, soweit er sich damit nicht selbst anzeigt. Selbstanzeige wäre ein Schuldeingeständnis, den Schaden sorgfältswidrig verursacht zu haben. Auf Fragen, die in dieser Form beantwortet werden müssten, muss der Behandler nicht antworten (keine Bekenntnispflicht).

Die »Fallstricke« in der Kommunikation (Abb. 6)

Eine gute Kommunikation ist nicht nur eine wichtige Grundlage für das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient, sondern auch für die Patientensicherheit. Kommunikation erfordert Information und Empathie. Die ausreichende und verständliche Information bzw. Aufklärung der Pa-

tienten sowie die Respektierung des Patientenwillens im Hinblick auf die damit verbundenen Entscheidungspräferenzen sind sowohl Recht der Patienten als auch Pflicht der behandelnden Ärzte. Die Vermittlung von Informationen an Patienten hängt auch davon ab, inwieweit Patienten tatsächlich informiert werden möchten, welche Informationen zur Verfügung stehen und wie erfolgreich die Arzt-Patienten-Kommunikation ist.

Wenn es um die Vermittlung von Informationen geht, ist der Arzt nach wie vor die bevorzugte Quelle für Patienten. Gute und verständliche Informationen für Patienten dienen aber nicht nur der Entscheidungsfindung, sondern tragen auch zu mehr Sicherheit der Patienten bei.

Wie gesundheitsgefährdend unzureichende Aufklärung sein kann, zeigt ein Beispiel aus der Behandlung von Asthmapatienten. So benutzen viele an Asthma erkrankte Menschen ihre bronchien-erweiternden Medikamente (Dosieraerosole, Pulverinhalatoren) zu häufig, aber das Kortison, das der ständigen Entzündungsbereitschaft der Atemwege entgegenwirken soll, nicht regelmäßig.

Im Verlaufe eines Arztgesprächs muss der Arzt seinem Patienten viele unterschiedliche Informationen geben. Einige davon werden häufig zu kurz gehalten oder ganz vergessen. So fühlen sich laut einer Befragung 31% der befragten Patienten selten oder fast nie über Dosierung und Nebenwirkung von Medikamenten aufgeklärt. Im Folgenden wird auf typische »Fallstricke« in der Arzt-Patienten-Kommunikation eingegangen.

Aufnahmefähigkeit der Patienten

Selbst wenn alle erforderlichen Informationen vermittelt werden, ist das kein Garant dafür, dass diese beim Patienten auch »angekommen« sind. Studien zufolge versteht nur die Hälfte aller Patienten die Informationen, die sie von ihren Ärzten bekommen. In diesem Fall gilt:

»Wiederholung ist die Mutter der Weisheit!« Dies aber würde das Zeitbudget des

Arztes stark belasten und ist oft schlecht durchführbar. Hier helfen schriftliche Informationsmaterialien, die der Arzt seinem Patienten aushändigen sollte. Auch die Ermutigung, eine Fragenliste anzufertigen und zum Arztbesuch mitzubringen, kann helfen.

Existenzielle Ängste auf Seiten des Patienten

Der »Diagnoseschock« nach der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose bewirkt oft, dass Patienten nicht mehr mithören können, was der Arzt ihnen erklärt. Hier ist es hilfreich, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und das Angebot zu unterbreiten, die Beratung zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen bzw. fortzusetzen.

Hohes »Informationsgefälle«

Krankheiten treffen Patienten meistens unvorbereitet. In der Regel wissen Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch nicht viel über ihre Erkrankung. Das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient ist zu diesem Zeitpunkt am größten. Das kann sich im Verlauf der Behandlung, der Nachsorge und Betreuung ändern. Viele Patienten versuchen dann, sich – unabhängig vom ärztlichen Beratungsgespräch – anderweitig zu informieren, etwa in Broschüren, im Internet oder durch Gespräche mit anderen Betroffenen. Ärzte und Patienten nutzen oft unterschiedliche Quellen. Während der Arzt – im besten Fall – evidenzbasierte Informationen nutzt, greifen Patienten auf Quellen zurück, die (wie etwa Informationen im Internet) oft von unzureichender Qualität und nur selten evidenzbasiert sind.

Konfliktpotenzial durch falsche Patienteninformationen

Wenn Patienten gezielt nach Informationen fragen, dann haben sie oft schon welche. Oft wollen sie dann vom Arzt eine Bestätigung der Aussagen, die sie selbst

recherchiert haben. Wenn diese ausbleibt, kann es zu Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung kommen.

Kommunikationskultur

Patienten verstehen zum einen oft die Fachausdrücke nicht und trauen sich zum anderen auch nicht, nachzufragen. Ärzte verstehen mitunter die Beschreibungen der Patienten zu ihrem Erkrankungsbild und den damit verbundenen Symptomen nicht, weil Patienten »nicht auf den Punkt kommen« oder ihr gesundheitliches Problem nicht exakt beschreiben können. Informationen erreichen den Empfänger nur dann, wenn zwischen den Kommunikationspartnern Arzt und Patient eine gute Kommunikationskultur herrscht.

Nach einer Untersuchung von LEVINSON (2) lasten Ärzte häufig den Patienten allein Kommunikationsprobleme an. Sie identifizieren als bedeutendste Probleme in der Kommunikation:

- Mangel an Vertrauen und Übereinstimmung;
- zu viele vorgebrachte Probleme;
- Belastungserleben (des fremden Schicksals);
- Mangel an Verständnis (des Patienten für die Situation des Arztes);
- Mangel an Compliance;
- fordernde und kontrollierende Patienten.

Patienten hingegen beklagen laut einer »Mängelliste«, die das Berliner Selbsthilfeforum erstellt hat, u. a.:

- Den Mangel an Zeit des Arztes;
- ein schlechtes Zuhören;
- eine unzureichende und teilweise unverständliche Aufklärung und Beratung;
- eine Druckausübung in Richtung bestimmter Behandlungsmethoden;
- die Intransparenz über Interessen und Informationsquellen des Arztes.

Zur Kommunikationskultur gehört auch, dass Patienten wissen, wie sie sich verhalten können, wenn sie Probleme mit ihren Ärzten haben bzw. sich falsch behandelt oder gar geschädigt fühlen.

Allmachtsanspruch an die moderne Medizin

Der Glauben vieler Patienten an die Allmacht der modernen Medizin und ein durch Medien evoziertes Anspruchsdenken muss oft vom Arzt wieder auf den Boden der Realität gestellt werden. Die damit verbundene Enttäuschung seitens des Patienten führt oft dazu, dass er sich vom Arzt »nicht verstanden« fühlt.

Angst und Misstrauen

Mangelndes Vertrauen gegenüber Medikamenten (Beipackzettel) und einer technikorientierten Medizin führt zu mangelnder Patientencompliance.

Schlussbetrachtung

Gute Informationen, die in einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation vermittelt werden, sind eine wichtige Voraussetzung dafür, unerwünschte Ereignisse möglichst zu vermeiden.

Eine Empfehlung zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall hat die »Stiftung für Patientensicherheit Schweiz« in einer Publikation samt zugehörigen Flyer »Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall« prägnant zusammengefasst. Die Publikation sowie der dazugehörige Flyer sind bei der Stiftung unter »www.Patientensicherheit.ch« erhältlich.

Die Stiftung führt ferner betriebsinterne und betriebsexterne interaktive Workshops zum Thema »Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall« durch und vermittelt in Ge-

sundheitsinstitutionen tätigen Fachpersonen die wichtigsten Aspekte für eine professionelle Gesprächsführung.

Zusammenfassung

Unerwünschte Ereignisse, Komplikationen und Fehler gehören im Behandlungsalltag zu den Vorkommnissen, die weder von Patienten noch von Behandlern gewünscht sind. Neben dem berechtigten Interesse und den Bemühungen, die Folgen dieser Ereignisse zu minimieren, ist die sachgerechte und zielorientierte Kommunikation mit dem Patienten ein wichtiger Faktor im Umgang mit dem Patienten nach nicht gewünschten Behandlungsergebnissen.

Die vorliegende Publikation soll dem Behandler Sicherheit in (und auch bei) der Kommunikation bei solchen Ereignissen geben; ebenso wird versucht, »gängige« Irrtümer über Art, Zeitpunkt und Inhalten von Gesprächen mit Patienten nach unerwünschten Ereignissen richtigstellen.

THOMECEK, C., D. HART, M.-A. HOCHREUTENER, J. NEU, F.-M. PETRY, P. OLLENSCHLÄGER, S. SÄNGER and O. FRANK: Communication: The first step to patient safety. Especially after an adverse event!

S u m m a r y: Adverse events, complications and errors are events in treatment which are desired neither by health care professionals nor by patients. Besides the attempts to reduce the results of these undesired outcomes an unemotionell and targetoriented communication is important to deal with a patient after an undesired outcome.

This paper aims to give the health care professional security in and while communicating with the patient and to correct widespread errors on type, time and content of communication with the patient after adverse events.

Key words: *Patient safety – communication – adverse event – error – complications*

Literatur

1. When Things go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. March 2006 (www.macoalition.org).
2. Levinson W, et al. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993; 31: 285–295.
3. Francke R, Hart D. Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation. Eine Untersuchung zum privaten und öffentlichen Recht der Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Enke; 1987. S. 53ff.
4. Taupitz J. Die zivilrechtliche Pflicht zur unaufgeforderten Offenbarung eigenen Fehlverhaltens. Tübingen: Mohr Siebeck; 1989.
5. Deutsch E, Spickhoff A. *Medizinrecht*. 6. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer; 2008, Randnr. 207.
6. Hart D, Petry FM. Was bewirkt das versicherungsrechtliche Verbot des Anerkenntnisverbots in der Arzt/Patient-Kommunikation? – Zur Regelung des neuen § 105 Versicherungsvertragsgesetz. *APS Newsletter* 2008; 2: 2.
7. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Hrsg. Aus Fehlern lernen: Wie Profis aus Medizin und Pflege mit Misserfolgen umgehen. Bonn-Berlin: KomPart; 2008.
8. American Society for Healthcare Risk Management. Perspective on disclosure of unanticipated outcome information, 2001 (www.ashrm.org).
9. Ärzte. Berlin: BÄK; 2006 (<http://www.baek.de/downloads/MBOStand20061124.pdf>).
10. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard, July 2003 (www.safe.tyansquality.org).
11. Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Patientenleitlinie Asthma. Berlin: 2006 (<http://www.ver.sorgungsleitlinien.de/patienten/asthmainfo>).
12. Coulter A, Magee H, editors. *The European patient of the future*. Berkshire: Open Univ. Pr.; 2003.
13. Francke R, Hart D. *Charta der Patientenrechte*. Baden-Baden: Nomos; 1999.
14. Frank O. Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Behandlungszwischenfall. *Schweiz Ärztezg* 2007; 88: 467–470.
15. Holzer E, et al. *Patientensicherheit*. Wien: Facultas; 2005.
16. Können Sie mir mitteilen, wie Sie meine Erläuterungen verstanden haben? – Oder, haben Sie verstanden? (http://www.evimed.ch/cgi-bin/WebObjects/nusite.woa/evimed/journal_club.html?rubricseq=130&tocexternalid=540) (Zugriff 2. 12. 2008).
17. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1690–1697.
18. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen, Hrsg. *Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information aus Sicht der Bevölkerung*; Edition Temmen, 2007.
19. Stiftung Patientensicherheit Schweiz: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall (<http://www.patientensicherheit.ch/de/konkret/index.html>) (Zugriff 2. 12. 2008).
20. Stötzner K. Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2001; 95: 131–136.

Wir bedanken uns bei der »Stiftung Patientensicherheit Schweiz« für die Überlassung und Nutzung der verwendeten Piktogramme; ebenso bei Frau OLGA FRANK, deren 2007 publizierter Artikel die Basis der vorliegenden Publikation bildet.

Dr. C. THOMECEK
 Ärztliches Zentrum
 für Qualität in der Medizin
 Wegelystraße 3
 10623 Berlin
 mail@azq.de