

schriftenreihe

patientensicherheitschweiz

NR. 1 DEZEMBER 2006



Wenn etwas schief geht

Kommunizieren und Handeln
nach einem Zwischenfall

Ein Konsens-Dokument der
Harvard Spitäler

Mit einem Vorwort von:

Prof. Dieter Conen
Präsident der Stiftung für Patientensicherheit

Dr. Marc-Anton Hochreutener
Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit

Originaltitel:

When Things Go Wrong – Responding To Adverse Events

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

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

Inhaltsverzeichnis

VORWORTE	5
Vorwort der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz	5
Vorwort der Full Disclosure Arbeitsgruppe Harvard	8
Mitglieder der Full Disclosure Arbeitsgruppe Harvard	9
EINLEITUNG	10
I. Definitionen	12
DER PATIENT UND SEINE FAMILIE	14
II. Die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie	14
III. Die Unterstützung für den Patienten und seine Familie	21
IV. Die Follow-Up-Betreuung des Patienten und seiner Familie	25
MEDIZINISCHE BETREUUNG	26
V. Die Unterstützung der Betreuungspersonen	26
VI. Training und Schulung	28
MANAGEMENT DES EREIGNISSES	30
VII. Die Elemente einer Krankenhauspolitik zum Management von Zwischenfällen	30
VIII. Die Erstreaktion auf das Ereignis	31
IX. Die Analyse des Ereignisses	32
X. Die Dokumentation	34
XI. Die Berichterstattung	35
Anhang A: Worte für die Kommunikation mit dem Patienten	37
Anhang B: Eine Fallstudie zur Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie	38
Anhang C: Elemente einer emotionalen Unterstützung der Betreuungspersonen	39
Anhang D: Kommunikationstraining	41
Anhang E: JCAHO-Bibliographie über Offenlegung medizinischer Zwischenfälle	42
Literaturreferenzen	46
Weitere Literatur zum Thema Offenlegung medizinischer Zwischenfälle	47
BESTELLFORMULAR MERKBLATT	50

Vorwort der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

Kommunikation nach einem Behand- lungszwischenfall – Ein zentrales Thema der Patientensicherheit

Behandlungszwischenfälle sind für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige und Behandelnde – eine ausserordentliche Belastung. Wenn bei der Behandlung etwas schief geht, stellt die Reaktion darauf und insbesondere die Kommunikation darüber eine grosse Herausforderung dar. Nicht selten erleben einerseits Patienten und Angehörige eine unbefriedigende, nicht offene Kommunikation. Und Behandelnde erfahren andererseits unkoordinierte Reaktionen und vorschnelle Schuldzuweisungen. Dies belegen zahlreiche individuelle Leidensgeschichten von Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern sowie die Erfahrungen der Haftpflichtversicherer und der Patientenorganisationen. Zur Traumatisierung der Patienten durch den Zwischenfall kommen durch eine problematische Kommunikation bedingte psychische Verletzungen und Traumatisierungen, die im Nachhinein nur schwer wieder gut zu machen sind. Und die Behandelnden, in deren Verantwortungsbereich der Zwischenfall passiert ist, entwickeln Schuldgefühle und hätten ein grosses Bedürfnis, den Zwischenfall zu diskutieren, zu verarbeiten und sich verstanden zu fühlen. Gewährt eine Organisation dem Behandelnden diese Unterstützung nicht, wird er leicht zum zweiten Opfer (second victim) des Zwischenfalls. Das Management eines kritischen Zwischenfalls ist ein zentrales Anliegen einer Sicherheitskultur, die festlegt, wie im Falle eines Schadens oder unerwünschten Ereignisses reagiert und kommuniziert wird und wie die weitere Bewältigung des Ereignisses gestaltet wird.

Juristische Massnahmen gegen Leistungserbringer werden häufig nicht wegen des eigentlichen Zwischenfalls, sondern wegen mangelhafter Kommunikation nach dem Ereignis angestrengt. Patienten sind verunsichert, fühlen sich nicht korrekt behandelt, über ihre Zukunft schlecht aufgeklärt und ungenügend unterstützt. Die dann angestrebte Rechtsklage soll Klarheit und Genugtuung schaffen. Oft steht nicht einmal die finanzielle Genugtuung im Vordergrund, sondern der Wunsch nach genauer Information und danach, den Vorfall verstehen zu können sowie das Bedürfnis, die psychische Verletzung auszugleichen, welche durch die fehlende Ehrlichkeit und das nicht ausgedrückte Bedauern über den Zwischenfall entstand.

Patienten haben sehr klare kommunikative Anliegen, falls sie Opfer eines unerwünschten Ereignisses werden – egal, ob ein Fehler vorliegt oder ob es sich um ein schicksalhafteres Ereignis handelt:

- Sie wollen Empathie spüren und offen, ehrlich und rasch darüber informiert werden, wenn etwas schief lief. Sie wollen Respekt gegenüber ihrem Wissensbedürfnis verspüren.
- Sie wollen aufrichtiges Bedauern seitens der Zuständigen spüren und gegebenenfalls eine Entschuldigung hören.
- Sie wollen verstehen, was schief gelaufen ist.
- Sie wollen wissen, was das Ereignis gesundheitlich für sie bedeutet und wie die Behandlung angesichts des Zwischenfalls weitergeht.
- Sie wollen vor weiterem Schaden bewahrt werden.
- Sie wollen wissen, wo sie Hilfe bekommen können und welche Alternativen es gibt.
- Sie wollen sicher sein, dass die Institution aus dem Vorgefallenen lernt und sich gleiche Fehler nicht wiederholen.

Wenn diese Informationen in der richtigen Art und Weise vermittelt werden, kann das Vertrauen in das Behandlungsteam und in die Institution, der sich die Patienten anvertraut haben, meistens erhalten werden. Zusätzlich wird sich das Risiko eines belastenden Rechtsstreits reduzieren. Sowohl für Patienten und Angehörige, als auch für die Behandelnden wird so der Weg bereitet für eine konstruktive Bewältigung des Vorgefallenen und es resultiert die Gewissheit, dass aus dem Vorfall etwas gelernt wird.

Dieser offene Umgang mit Zwischenfällen sollte einleuchtend und demzufolge notwendig sein. Trotzdem ist es nicht einfach, die Fähigkeit zur offenen Kommunikation und konstruktiven Fehlerbewältigung zu vermitteln und zu leben. Ein Hauptgrund ist kultureller Natur. Wir sind durch tradierte Selbst- und Fremdbilder so sozialisiert, dass Fehler oft schamhaft verdrängt und schuldhaft verarbeitet werden. Hinzu kommen juristische Gründe: Den Leistungserbringern wird gelegentlich nahe gelegt, sich nicht zu entschuldigen und möglichst wenig Preis zu geben, wenn ein unerwünschter Zwischenfall passiert ist, weil das Ausdrücken von Bedauern und das Erklären des Problems die Ausgangslage für den Leistungserbringer und den Haftpflichtversicherer in einem Rechtsstreit vermeintlich verschlechtern würde. Dies ist aus Sicht der Patienten ein groteskes Argument, dem die folgenden Gesichtspunkte entgegenstehen:

1. Der einfache menschlich-moralische Imperativ: Die Verfasser drücken es so aus: Wir nähern uns diesem Problem aus der Sicht des Patienten und fragen uns: «Was würde ich wollen, wenn ich durch eine Behandlung Schaden erlitten hätte?» Während Krankenhäuser und medizinische Betreuer unter Umständen konträre Interessen haben, wie z.B. die legitimen Bedenken hinsichtlich der gesetzlichen Verantwortung, ist unser Bezugsrahmen die einfache Frage: «Was muss getan werden?». Das heisst, aus menschlichen Überlegungen muss so gehandelt und kommuniziert werden, wie geschädigte Patienten und Angehörige es wünschen.
2. Es gibt klare Hinweise dafür, dass eine offene Kommunikationspolitik die haftpflichtrechtliche Situation eines Spitals nicht verschlechtert. Patienten, denen in der in diesem Papier skizzierten Art begegnet wird, strengen weniger Rechtsfälle an als solche, denen Informationen und

Entschuldigungen aus «Vorsicht» vorenthalten werden. Wenn es dann doch zum Schadensprozess kommt, wird dieser offenbar weniger hitzig geführt. Vertrauensbildende Massnahmen reduzieren das Bedürfnis auf Streit, wo hingegen eine zurückhaltende, verheimlichende oder gehemmte Kommunikationspolitik Misstrauen fördert und damit die Eskalation begünstigt. Mit einer konsequent offensiven Kommunikation, wird die rechtliche Situation also nicht ver-sondern entschärft.

3. Gerade in den USA haben die medikolegalen Konsequenzen rund um Medizinfehler horrende Ausmasse angenommen. Daraus ist eine Gegenbewegung entstanden, die trotz rechtlicher Hürden zeigt, dass es auch anders geht. Das vorliegende Dokument ist nur *ein* Beweis dafür. Es gibt ganze Spitalgruppen (z. B. etliche Veterans Affairs Häuser), die ihre Kommunikationspolitik von defensiv auf offensiv umgepolt haben und damit deutlich besser fahren als früher. Hillary Clinton hat mit gewichtigen Partnern eine Bewegung lanciert mit dem selbstredenden Titel «Sorry Works!» (www.sorryworks.net), die auf politischer Bühne dafür kämpft, dass eine offene empathische Kommunikation die durch juristische Beweggründe gehemmte Kommunikationspolitik ersetzt.
4. Nach unserer Auffassung muss Recht den humanen Bedürfnissen folgen und nicht umgekehrt. Bedauern und eine Entschuldigung sind demzufolge niemals einem justiziablen Schuldgeständnis gleichzusetzen. Dies bestätigen auch Medizinrechtsexperten und Patientenanwälte.

Was will die Stiftung für Patientensicherheit mit der Herausgabe dieses Dokuments?

Die offene Kommunikation und die koordinierte Reaktion nach Behandlungszwischenfällen stellt in jeder Gesundheitsinstitution ein Führungsthema dar und verlangt eine strukturierte Vorgehensweise. Die Stiftung für Patientensicherheit griff dieses Thema auf. Auch die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR) und deren Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie

kam aufgrund der Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle zum Schluss, dass die Kommunikation nach einem Zwischenfall zu einem essentiellen Thema gemacht werden muss. Beide Organisationen beschlossen deshalb, gemeinsam «Empfehlungen zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall» zu entwickeln und in Form eines Merkblattes zu verbreiten (zu bestellen bei der Stiftung für Patientensicherheit; Bestellformular am Ende dieses Buches).

In den USA erschien gleichzeitig die hier vorgelegte Dokumentation «When Things Go Wrong». Darin formulieren die Harvard Spitäler in Massachusetts konsensuell entwickelte konkrete Empfehlungen. Sie zeigen, dass im englischen Sprachraum die Diskussion über die Thematik wahrscheinlich weiter fortgeschritten ist als in unserem Umfeld. Die Arbeit hat uns so überzeugt, dass wir uns entschlossen, den Text zu übernehmen. Dank direkter Kontakte zum Leiter der Arbeitsgruppe (Prof. Lucian Leape) erhielt die Stiftung für Patientensicherheit die Erlaubnis, das Werk zu übersetzen und im deutschen Sprachraum zu verbreiten.

Wir folgen damit einer Grundmaxime des Risikomanagement, indem wir das Lernen von Anderen fördern wollen, was gerade für das klinische Risikomanagement unerlässlich ist. Hier geht es meist um so drängende Problemstellungen, dass es verantwortungslos wäre, das Rad jeweils neu zu erfinden.

Dieses Dokument liefert – im Sinne eines praxisorientierten Handbuchs – die vertiefenden Hintergrundinformationen zum erwähnten Merkblatt «Empfehlungen zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall». Die wissenschaftliche Absicherung zahlreicher ausführlich diskutierter Aspekte der Patientenkommunikation nach einem Zwischenfall wird durch ein Verzeichnis der aktuell relevanten Literatur untermauert.

Wir möchten Sie einladen, die Inhalte zu reflektieren und zu diskutieren. Wir sind interessiert an Feedbacks, Erfahrungsberichten und Kritik. Den Leistungserbringern wollen wir damit aber in erster Linie Orientierungs- und Gestaltungsgrundlagen für eigene Handlungsvorgaben in ihren Institutionen bieten. Der Flyer und dieses

Dokument sollen die Gesundheitsinstitutionen und die in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien unterstützen. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung von Richtlinien und Verhaltensweisen liegen aber selbstverständlich in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer und sie haben entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten und den lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Begebenheiten zu erfolgen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre, und hoffen, damit einen Beitrag zu einem patienten- und mitarbeiterorientierten Umgang mit Zwischenfällen und Fehlern zu leisten.

Stiftung für Patientensicherheit, Dezember 2006

Prof. Dr. med. Dieter Conen
Präsident

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener
Geschäftsführer

Vorwort der Full Disclosure Arbeitsgruppe Harvard

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

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

Die Reaktionen auf den Entwurf waren überwältigend positiv. Es wurde jedoch eine Reihe von Modifikationen vorgeschlagen, insbesondere hinsichtlich einer Differenzierung zwischen den Reaktionen auf vermeidbare und nicht vermeidbare unerwünschte Ereignisse sowie auf Fragen von Entschädigung und Schulung. Das Dokument wurde unter Einbezie-

hung dieser Änderungen revidiert und erneut an alle Kliniken versandt. Die Ideen und Prinzipien dieses endgültigen Dokuments werden jetzt von allen Harvard-Universitätskliniken unterstützt und von ihnen verwendet, um spezifische Verfahren und Praktiken zur Implementierung der Empfehlungen zu entwickeln.

Das Dokument gliedert sich in drei Hauptteile:

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

Jeder der Hauptabschnitte gliedert sich in drei Teile:

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

Mitglieder der Full Disclosure Arbeitsgruppe

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