David Schwappach

Der Fehler nach dem Fehler[1]

Kommunikation mit Patienten nach einem Behandlungszwischenfall

Fehler in der Patientenversorgung stellen für die Patienten, Angehörigen und auch die beteiligten Fachpersonen oft eine Extremsituation dar. Neben den direkten Folgen eines Fehlers, zum Beispiel einer physischen Schädigung, kann auch das, was nach einem Fehler passiert (oder nicht passiert), sehr belastend sein. Angst, Wut, Enttäuschung und zerstörtes Vertrauen aufseiten der Patienten, Scham, Schuldgefühle und Selbstzweifel aufseiten der beteiligten Fachpersonen. Durch einen sorgsamen und sensiblen Umgang mit Patienten kann zumindest der «Fehler nach dem Fehler» und damit eine Krisen-Kaskade vermieden werden.

Welche Erwartungen und Wünsche haben Patienten?

Die meisten Menschen haben Verständnis dafür, dass es auch in der medizinischen Behandlung zu Fehlern kommen kann. Allerdings haben Patienten eine universelle, eindeutige und umfassende Präferenz für die Offenlegung von Fehlern, und dies ist nahezu unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsstand der Betroffenen [1]. Nahezu alle Patienten erwarten eine eindeutige, zeitnahe und persönliche Offenlegung des Fehlers, Informationen über den Fehler, wie es dazu kommen konnte, welche Konsequenzen er für sie hat und was zukünftig zur Vermeidung unternommen werden soll sowie eine Entschuldigung oder den Ausdruck des ehrlichen Bedauerns [2].

Studien belegen, dass eine solche «optimale Kommunikation» nach einem Fehler die Bewertung der Fehlerschwere, die Forderung nach Sanktionierung der Fachpersonen sowie den Wunsch nach einem Arztwechsel bei den Patienten reduziert und Vertrauen und Zufriedenheit erhöht [3]. Besonders sensibel reagieren Patienten darauf, wenn versucht wird, Verantwortung zu entpersonalisieren («Es gab ein Problem mit ihrer Akte») oder wenn die gewählten Worte die Fehlerhaftigkeit des Vorgangs verschleiern («Sie haben da ganz untypisch reagiert») [4, 5]. Solche Formulierungen erhöhen die Frustration der Patienten und das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden. Die klare Benennung des Fehlers («Das war ein Fehler und das hätte nicht passieren dürfen») ist im Gegensatz entlastend und wird wertgeschätzt.

Welche Haltung haben nun Ärzte gegenüber der Offenlegung?

Grundsätzlich zeigen die meisten Studien eine grosse Bereitschaft, offen und ehrlich über Fehler kommunizieren zu wollen (und zu dürfen) [6–8]. Viele Ärzte erleben das Gespräch mit betroffenen Patienten langfristig auch für sich als hilfreich oder sogar «heilend», auch wenn die Einschätzung, was genau ein Fehler ist und was danach kommuniziert werden sollte, durchaus zwischen Ärzten und Patienten unterschiedlich ist [9]. Trotz dieser positiven Grundhaltung handelt es sich für beide Seiten um emotional sehr schwierige Situationen, und es ist nachvollziehbar, wenn Fachpersonen zunächst versuchen, dieser Situation auszuweichen [10]. So zeigt eine US-amerikanische Studie unter Pädiatern, dass das Verhalten nach einem Fehler erheblich davon beeinflusst wird, ob ein Fehler für die Eltern des betroffenen Kindes offensichtlich ist [11]. Ist der Behandlungsfehler auch für Laien bemerkbar, so wären 60% zu einer eindeutigen Offenlegung und 33% zu einer expliziten Entschuldigung bereit. Bei einem für Eltern nicht offensichtlichen Fehler, also einer Verschlechterung des Zustands des Kindes, die auch andere Ursachen haben könnte, würden hingegen nur 32% den Fehler als solchen benennen und sich 20% entschuldigen. Dies ist zunächst einmal menschlich und verständlich. Menschen meiden schwierige Situationen, und Eltern über einen Fehler in der Behandlung ihres Kindes zu unterrichten, ist zweifelsohne eine schwierige Situation. Dennoch wäre es wünschenswert und wichtig, dass Fachpersonen sich diesen initialen Reflex, der Situation auszuweichen, bewusst machen und in einem zweiten Schritt darüber hinausgehen. Zum einen, weil es ein Gebot der Fairness ist, das Informationsungleichgewicht zwischen Fachpersonen und Patienten nicht auszunutzen – zum anderen, weil die Verschleierung immer das Risiko beinhaltet, dass Patienten ahnen, spüren oder mutmassen, dass es einen Fehler gab.

Wer Klarheit vermeidet, fordert sie heraus

Eine solche Situation ist extrem belastend für Patienten und führt nicht selten gerade erst zu dem Versuch, eine Klärung durch Dritte (Anwälte, Gutachter, Schlichtungsstellen) herbeizuführen.

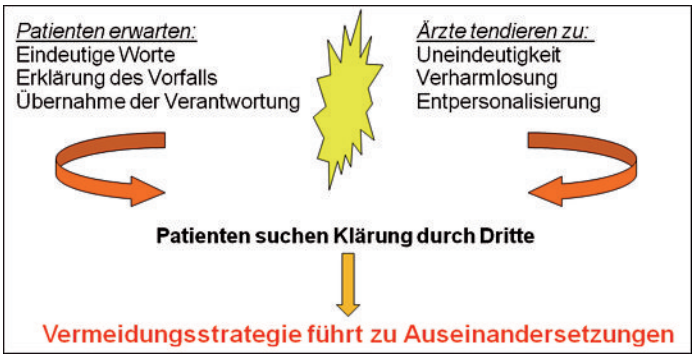

Abbildung 1
Folgen der Vermeidungsstrategie.

Studien aus Ländern mit sehr unterschiedlichen Verfahren für die Reklamation eines medizinischen Fehlers zeigen, dass die Hauptursache, warum Patienten sich an solche Institutionen wenden, die Suche nach der Wahrheit und nach Aufklärung ist [12]. Nur selten ist es die Motivation von Patienten, finanzielle Kompensation zu erhalten, was bei schweren Fehlern ja durchaus auch angemessen und berechtigt sein kann. Die in manchen US-Bundesstaaten eingeführten «apology laws» zeigen deutlich, dass die Häufigkeit juristischer Auseinandersetzungen abnimmt, wenn sich Fachperso-

1 Nach dem Hauptreferat mit dem gleichen Titel von David Schwappach, umrahmt mit einer eindrücklichen und bewegenden Fallgeschichte von Andreas Brun, gehalten an der 12. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin am 24./25. Juni 2010 in Luzern.

nen für einen Fehler entschuldigen dürfen und ggf. Schäden schnell und unbürokratisch kompensiert werden [13].

Empfehlungen für die Praxis

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen lassen sich klare Empfehlungen für die Offenlegung von Fehlern gegenüber Patienten formulieren:

- Bereiten Sie sich vor, holen Sie sich ggf. Hilfe, auch für ein De-Briefing (z.B. befreundete Kollegen, im Qualitätszirkel, in der Praxisgemeinschaft); es gibt auch Workshops, in denen solche Gespräche mit Patienten praxisnah geübt werden (Informationen unter www.patientensicherheit.ch).
- Suchen Sie das persönliche Gespräch mit den betroffenen Patienten, informieren Sie nicht schriftlich oder telefonisch.
- Haben Sie nicht die Erwartung, dass Patienten Ihnen verzeihen. Dies kann passieren, aber es kann nicht vorausgesetzt oder erwartet werden.
- Informieren Sie, *dass etwas* und *was* passiert ist.
- Erklären Sie, welche Konsequenzen der Fehler haben wird/kann; dies betrifft einerseits den Patienten, andererseits aber Massnahmen zur zukünftigen Vermeidung (Praxis, Mitarbeitende, Arbeitsprozesse).
- Übernehmen Sie die Verantwortung für den Vorfall.
- Verwenden Sie klare, eindeutige Formulierungen, vermeiden Sie ein «Durchwurschteln» – damit verschärfen Sie unter Umständen die Auseinandersetzung.
- Laden Sie zu Fragen ein; Patienten haben eine andere Perspektive, und es beschäftigen sie möglicherweise Aspekte, die Sie nicht antizipiert haben.
- Bieten Sie ein Follow-up an; Patienten können sich nicht vorbereiten.
- Bieten Sie die Weiterbetreuung durch Kollegen an.
- Ein Ausdruck des Bedauerns und eine Entschuldigung haben heilende Wirkung.

Die klare Benennung des Fehlers ist entlastend und wird wertgeschätzt.

Diese Empfehlungen beziehen sich auf das individuelle Binnenverhältnis zwischen Fachpersonen und Patienten.

Sie sind evidenzbasiert und orientieren sich daran, was sinnvoll, effektiv, und moralisch notwendig ist, um die Situation der Patienten und auch der Fachpersonen nach einem Fehler zu verbessern.

Es ist die dringende Aufgabe aller im Gesundheitswesen Verantwortung Tragenden, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen es den Fachpersonen erleichtert wird, diese Empfehlungen umzusetzen.

Literatur

1 Hobgood C, Tamayo-Sarver JH, Weiner B. Patient race/ethnicity, age, gender and education are not related to preference for or response to disclosure. Qual Saf Health Care. 2008;17(1):65–70.
2 Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med. 2004;140(6):409–18.
3 Schwappach DL, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. Int J Qual Health Care. 2004;16(4): 317–26.
4 Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH. Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? J Gen Intern Med. 2006;21(7):704–10.
5 Wu A, Huang IC, Stokes S, Pronovost P. Disclosing medical errors to patients: It's not what you say, it's what they hear. J Gen Intern Med. 2009.
6 Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289(8):1001–7.
7 Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. Arch Intern Med. 2006;166(15):1585–93.
8 Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ, Marcuse EK et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(2):179–85.
9 Chan DK, Gallagher TH, Reznick R, Levinson W. How surgeons disclose medical errors to patients: a study using standardized patients. Surgery. 2005; 138(5):851–8.
10 Friele RD, Sluijs EM, Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM et al. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. BMC Health Serv Res. 2006;6(15):106–11.
11 Loren DJ, Klein EJ, Garbutt J, Krauss MJ, Fraser V, Dunagan WC et al. Medical error disclosure among pediatricians: choosing carefully what we might say to parents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(10):922–7.
12 Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. CMAJ. 2006;175(8):889–94.
13 Clinton HR, Obama B. Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform. N Engl J Med. 2006;354(21):2205–8.

Korrespondenz:
PD Dr. David Schwappach, MPH
Wissenschaftlicher Leiter / Scientific Head
Stiftung für Patientensicherheit / Patient Safety Foundation
Asylstrasse 77
8032 Zürich
Schwappach@patientensicherheit.ch