

Peter-Michael Hax
Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.)

Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie

Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fächer

8 Kommunikation von Behandlungsfehlern in der Chirurgie

Martin Hansis

Einleitung

Wer arbeitet, macht Fehler, und wer Fehler macht, wird mit diesen konfrontiert und muss dafür gerade stehen – dies gilt auch für ärztliche Behandlungsfehler. So trivial diese Feststellungen sind, so schwer ist der Umgang mit ihnen im Alltag. Dies hängt nicht nur mit der Tradition zusammen, welche dort ein nüchternes Reden über stattgehabte Fehler lange unmöglich machte. Dieses nüchterne Reden wird auch behindert durch das immer noch wiederholt anzutreffende verzerrend-überhöhende Bild vom Arzt und Arztberuf. Schwierig ist schließlich auch der Umstand, dass sich als Teilursachen unerwünschter Behandlungsergebnisse die Folgen der Erkrankung *sui generis*, die Folgen nicht vermeidbarer unerwünschter Behandlungsbegleiterscheinungen und die Folgen etwaiger (tatsächlich vermeidbarer) Fehler überlagern. Dieser Umstand erschwert beiden – dem geschädigten Patienten und dem Arzt – die nüchterne Analyse des Geschehenen.

Die nachstehenden Ausführungen leisten einen Beitrag zu einer sachorientierten, adulten Kommunikation über vermutete Behandlungsfehler – und dies in verschiedenen Stadien der Manifestation eines Fehlers.

8.1 Was ist ein Behandlungsfehler?

Die rechtlichen Voraussetzungen, unter denen im Zivilrecht ein ärztlicher Behandlungsfehler anzunehmen ist, wurden zahlreiche Male dargestellt. Kurz zusammengefasst hat der Arzt zwei Pflichten: Er muss den Patienten gut (nach den Regeln der ärztlichen Kunst) behandeln und er muss zuvor mit ihm Einigkeit über die Verfahrenswahl, die erwarteten Vorteile und die möglichen Risiken herstellen (Aufklärung). Verletzt er eine der beiden Pflichten, handelt er fehlerhaft – entweder fälsch oder unerlaubt. Schadenersatzpflichtig gegenüber dem Patienten wird er dann, wenn aus einer fehlerhaften Behandlung ein Schaden für den Patienten entsteht.

Beweispflichtig für die fehlerhafte Behandlung und den daraus entstandenen Schaden ist im Regelfall der Kläger (der Patient). In bestimmten Situationen wird dem Arzt die Beweislast auferlegt – er hat dann die Richtigkeit seines Handelns zu belegen (Beweiserleichterungen).

Das Strafverfahren kennt keine Beweislastumkehr; hier ist ausnahmslos der zweifelsfreie Nachweis von Fehlverhalten und Fehlerfolge notwendig („in dubio pro reo“).

Das Arzthaftungsrecht in seiner heutigen Ausprägung ist typisches Rechtsprechungsrecht – es stützt sich im Wesentlichen auf eine Sequenz höchstrichterlicher Urteile in den vergangenen Jahrzehnten. Diese Rechtsprechungspraxis ist über die Jahre überaus stabil – so haben sich zum Beispiel die Vorstellungen darüber, was einem Chirurgen beim Operieren „passieren darf“ (so er sich erkennbar Mühe gegeben hat) praktisch nicht geändert. Die aus Unkenntnis oft behaupteten „Verschärfungen“ betreffen nur zwei Gebiete – die Anforderungen an die Aufklärung und die Einstufung von Fehlern als Folgen eines Organisationsverschuldens (was wegen einer andersartigen Wertung zur Beweislastumkehr führen kann). Aus diesem Wissen folgt, dass sich ein Arzt gegenüber dem Patienten, der einen Behandlungsfehler vermutet, durchaus gelassen verhalten kann – die Rechtslage ist bei weitem nicht so undurchsichtig wie oft behauptet.

8.2 Stadien der Fehlermanifestation und stadien-gerechte Kommunikation

Behandlungsfehler sind in der Regel keine Naturereignisse, die augenblicklich voll manifest sind – sie entwickeln sich im Laufe der Behandlung und mit ihnen ändert sich der Kommunikationsbedarf gegenüber dem Patienten. Nicht immer werden alle nachstehenden Stadien durchlaufen – es liegt im Interesse aller Beteiligten, auf einer frühen Stufe zum Frieden zu kommen (s. auch Abschnitt 8.3).

8.2.1 Eine Komplikation droht oder entwickelt sich

Der Beginn einer (z. B. chirurgischen) Komplikation ist eine durchaus häufige Erscheinung im klinischen Alltag: die ersten Anzeichen eines postoperativen Hämatoms, eines postoperativen Infekts, einer Implantatlockerung oder einer Durchblutungsstörung. In dieser Phase gelten für den Umgang mit dem Patienten die Grundsätze

- medizinisch proaktiv,
- hierarchisches Upgrade,
- vertrauensmehrende Kommunikation.

Die *medizinisch proaktive* Behandlung (eine alle Möglichkeiten ausschöpfende Diagnostik, frühzeitige Reintervention etc.) ist dabei nicht nur eine qualitativ-inhaltliche Pflicht – sie ist auch die „letzte Chance“ für den Arzt, sich gegenüber dem Patienten als fachlich professionell zu präsentieren. Ein *hierarchisches Upgrade* (Chef- oder Oberarzt übernehmen die weitere Behandlung) soll zur Qualitätsstabilisierung beitragen und diese auch – implizit – dem Patienten gegenüber demonstrieren. Auch das freiwillige Angebot einer Zweitmeinung oder einer Verlegung (in eine andere Klinik) in dieser Phase sind Zeichen der Professionalität.

Der Umgang mit den Patienten hier soll ein größtmögliches Maß an Selbstverständlichkeit ausstrahlen – weder defensiv noch hemdsärmelig sein. Auch die kleinste Unwahrheit kann sich zum Bumerang entwickeln (Verharmlosen der Komplikation, Beschönigen der Prognose etc.). Man kann in dieser Phase durchaus den Begriff „Komplikation“ verwenden, er ist neutraler Natur. Abzurufen ist von dem Begriff „Fehler“, da dieser sofort eine Wertung impliziert. Die Zahl der Kontaktaufnahmen (Visiten etc.) sollte eher gesteigert, keinesfalls verringert werden – sonst hat die einzelne Äußerung ein viel zu hohes Gewicht. Insgesamt muss eine *vertrauensnehmende Kommunikation* das oberste Ziel sein.

Es geistert in Arztkreisen die Mär, man dürfe gegenüber dem Patienten keinen Fehler zugeben (wegen der Haftpflichtversicherung). Das ist so sicher falsch. Der Satz „Ich habe einen Fehler gemacht“ darf zwar ohne Absprache mit der Versicherung nicht fallen – alles andere ist erlaubt und (kommunikativ gesehen) sogar förderlich. So zum Beispiel die Aussage, dass „wir die Komplikation sehr bedauern“, oder auch die Aussage, dass „wir hier vielleicht nicht alles ganz richtig gemacht haben“.

8.2.2 Erste Vorwürfe werden erhoben

Irgendwann ist es soweit – der Patient oder ein Angehöriger wirft eine medizinische Fehlbehandlung vor. Der Auslöser dafür kann unterschiedlich sein – sei es, dass die Behandlung der Komplikation doch nicht so erfolgreich war, wie erhofft (s. 8.3.1), sei es, dass andere Umstände oder Kommunikationsdefizite das Misstrauen geweckt haben (s. auch Abschnitt 8.4). Generell gilt in dieser Phase

- medizinisch den „geordneten Rückzug“ antreten,
- sich helfen/beraten lassen,
- sich nicht provozieren lassen.

Ob es sinnvoll ist, eine *Behandlung fortzusetzen*, wenn gleichzeitig ein Fehlervorwurf im Raume steht, hängt vom Einzelfall ab. Am saubersten sind die Verhältnisse, wenn es gelingt, den Patienten (in friedlicher Absprache mit ihm) in andere Hände zu geben. Wo dies nicht möglich ist, sollte man sich auf die Formel einigen, dass zunächst die Behandlung zu Ende geführt wird und *erst anschließend* mittels externer Begutachtung die Frage eines Fehlers geklärt wird. Meistens gehen die Patienten darauf ein.

Späterens in dieser Phase sollte sich der Arzt kritisch selbst prüfen und *dabei kundig beraten lassen*, ob ihm tatsächlich ein vorwerfbarer Fehler unterlaufen ist. Nichts ist für den ärztlichen Ruf schädlicher als eine fortgesetzte Selbstverteidigung in einer Situation, wo die Fehlleistung bereits erkennbar ist. Es geht um die Frage, ob man hier oder da eine offene Flanke habe. Schon deshalb (und auch weil die Versicherungsbedingungen dies vorschreiben) ist jetzt der Zeitpunkt für eine erste Kontaktaufnahme mit der Haftpflichtversicherung gekommen. Guter Rat kommt zu diesem Zeitpunkt auch von wohlwollenden,

Es kommt vor, dass Patienten oder ihre Angehörigen in dieser Phase (daraus auch unbewusst) den Arzt *kommunikativ aufs Glatteis* führen: durch provozierende Äußerungen, durch unablässiges kritisches Fragen, durch Hinzufügen weiterer Vorwürfe, durch eine demonstrative Anspruchshaltung, durch Übergang von der Sachebene (Fehlervorwurf) auf die Beziehungsebene (Unhöflichkeit etc.). Der Arzt ist gut beraten, hier seine Emotionen und seine Zunge in Zaum zu halten. Es fällt ihm zunehmend schwerer, von sich aus mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen – aber er kommt nicht umhin, es zu tun. Und er muss in seinem Umfeld ein striktes Reglement pflegen, was Äußerungen *anderer Mitarbeiter* betrifft; für diese gilt nämlich dasselbe. So der Patient mit seinen inzipienten Vorwürfen an die Öffentlichkeit geht, wird unbedingt die Hilfe professioneller Öffentlichkeitsarbeiter in Anspruch genommen.

Eine besondere Situation liegt vor, wenn eindeutig ein Fehler vorliegt. Dann kann sich der Arzt hierzu mit seiner Versicherung absprechen und *mit deren Zustimmung* (am besten in Anwesenheit des Repräsentanten der Versicherung) ein Gespräch mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen führen, in dem der Fehler zugegeben wird. Gleichzeitig wird vereinbart, die Behandlung zu Ende zu führen (so gewünscht und notwendig) und anschließend in eine Regulierung einzutreten. Dieses Verfahren ist sehr elegant: Es sichert ohne Umwege und vor allem ohne unnötige Verletzungen dem Patienten seine Rechte – und es beseitigt die schwelende Ungewissheit, weil es klare Verhältnisse und erneutes Vertrauen schafft. Es setzt einen starken und selbstkritischen Arzt voraus und eine kluge Versicherung.

8.2.3 Ein Rechtsstreit bricht aus

Nun sind Arzt und Patient Gegner und sollten sich auch wie professionelle Gegner verhalten. Für den Arzt bedeutet dies vor allem: nur noch mittelbare Kommunikation.

Immer wieder wollen Ärzte in einem Medizinschadensprozess „ihre Ehre retten“. Immer wieder versuchen Ärzte während Prozessen, durch eine Flut medizinisch-fachlicher Richtigerstellungen dem Vorgang die erwünschte Wendung zu geben. Das kann nicht gut gehen. Ärzte, die in Medizinschadensprozessen in eigener Sache vor Gericht auftreten, schaden oft sich selbst weit mehr als sie sich nützen.

In formalisierten Verfahren (gerichtlich und außergerichtlich) hält der Arzt zunächst den Mund – es sei denn, er wird vom Gericht gefragt. Und auch was er dann sagt, sollte er zuvor mit seinem Anwalt absprechen. Analoges gilt, wenn der Vorgang in die Öffentlichkeit getragen wird – auch hier ist professionelle Hilfe obligat.

Es versteht sich von selbst, dass der betroffene Arzt in diesem Stadium nicht von sich aus in Verbindung mit dem klagenden Patienten oder gar dem Gutachter tritt. Eine gute Vorbereitung des Rechtsstreits ist essenziell, um Professionalität zu zeigen und um den eigenen guten Ruf sowie den der Klinik zu wahren.

8.2.4 Nach dem Fehler ist vor dem Fehler

Es ist Bestandteil guten ärztlichen Handelns, Komplikationen bzw. Fehler der Vergangenheit von Zeit zu Zeit aufzuarbeiten und auf Muster bzw. Vermeidungspotenzial zu untersuchen. Hierzu gehört auch die Etablierung von Meldesystemen für „Beinahefehler“ (incidents reporting).

Dies zu tun ist einfach, es angemessen zu *kommunizieren* ist schwierig: Einerseits erwartet die Öffentlichkeit von jedem Arzt/Krankenhaus derartige Maßnahmen, andererseits kann es schon schief ankommen, wenn ein Krankenhaus von sich aus über seine Fehlermelde- und -früherkennungssysteme berichtet. „Die werden's wohl nötig haben?!“ – so lautet die befürchtete öffentliche Reaktion. Ein Arzt/ein Krankenhaus mit der Stärke, diese Frage bzw. diese Unterstellung auszuhalten, mag sachlich über seine Risikoprävention berichten. Wer sich vor der unangemessenen Reaktion fürchtet, lässt das Berichten bleiben – betreibt aber dennoch Risikoprävention unverändert!

Ein gesondertes Problem stellen diejenigen Gruppierungen dar, die aus der Skandalisierung (d. h. der unprofessionellen Bearbeitung) medizinischer Risiken Nutzen ziehen. Damit sind nicht vorrangig Medien gemeint (deren Aufgabe ist es in der Tat, „Ungehöriges“ zu benennen und anzuprangern). Damit sind vor allem medizinische Fachpersonen gemeint, die selbst zwar gar keine Fehler mehr machen (da in Funktionsärsiposten), die aber Freude daran haben, durch Benennung traumhaft hoher Komplikations- oder Schadenszahlen anderer Einrichtungen anhaltend zu Fernsehintervjews geladen zu werden. Die konkreten Präventionsmaßnahmen sind ja dann schließlich nicht ihr Problem. Diese selbsternannten Aufklärer leisten der Risikoprävention und dem angemessenen Umgang mit ihr einen „Bärendienst“.

8.3 Die Vorwurfspirale

Oben wurde dargestellt, wie sich medizinischer Schaden, Vorwurfsverhalten und Kommunikationsprobleme parallel entwickeln. Unabhängig davon gibt es eine weitere Gesetzmäßigkeit, deren Ablauf sich ganz von der „sachlichen Grundlage eines objektivierbaren Fehlers“ abkoppeln kann – die Vorwurfspirale:

Am Anfang steht ein Vorwurf. Grundlage kann eine Komplikation sein, Grundlage kann aber auch eine überlange Wartezeit, Unhöflichkeit im Umgang oder jedes andere organisatorische oder kommunikative Problem sein. Der Patient oder der Angehörige, der den Vorwurf vorträgt, erwartet zweierlei – ernst genommen zu werden und Genußnahme.

Ihn ernst zu nehmen, heißt im frühen Stadium, ihm mit (aufrichtigem!) Interesse zuzuhören, vielleicht den einen oder anderen erklärenden Kommentar zu geben und sich dann – sofern der Vorwurf dem Grunde nach gerechtfertigt ist – aufrichtig (!) zu entschuldigen.

Bleibt die Genußnahme auch nur eine Spur hinter den Erwartungen zurück (bspw. durch langatmige Selbstexkulpationen), wird der Patient oder sein Angehöriger mutmaßlich eskalieren: Es treten evtl. weitere Vorwürfe hinzu und die Vorwürfe werden formalisiert (z. B. Rechtsanwaltschreiben).

Erneut hat der Arzt die Möglichkeit, *endgültig befriedend* zu reagieren – indem er die Erwartungen des Anspruchstellers *übererfüllt*. Tut er dies nicht, folgen Gutachterkommission, Zivilverfahren, Strafverfahren und zuletzt die mediale Vernichtung. Dem Autor sind aus seiner Position als Gutachter zahlreiche Vorgänge bekannt, die dieser Spirale bis zu einem bitteren Ende gefolgt sind – wobei die Ursache der Eskalation auf jeder Stufe erneut eine unvollständige Erfüllung der Erwartungen des Beschwerdeführers war.

8.4 Brandbeschleuniger

Zu einem „medizinischen Behandlungsfehler“ kommen vielfach zwei Elemente hinzu, die zwar zunächst mit der Güte der medizinischen Maßnahmen nicht direkt zu tun haben, die jedoch als „Brandbeschleuniger“ wirken. Sie lassen den eigentlichen medizinischen Fehler überhöht erscheinen und bestärken den Beschwerdeführer in seiner Vorwurfshaltung: Es sind dies organisatorische Mängel und Unhöflichkeit. Theoretisch kann man auch in desorganisiertem Umfeld und ohne gute Kinderstube exzellente Medizin machen. Die Erfahrung lehrt aber, dass gerade leichtere medizinische Unregelmäßigkeiten (evtl. gar keine Fehler im juristischen Sinne) im Chaos und/oder bei pompigem Umgang wie durch ein Vergrößerungsglas gesehen werden. Unordnung und Unhöflichkeit sind geradezu eine implizite Aufforderung an kritische Patienten und Angehörige, nach ‚Fehlern‘ zu suchen.

Zusammenfassung

Es ist ein anerkanntes Stereotyp, dass medizinische Behandlungsfehler auch bei bestem Bemühen nicht immer zu vermeiden sind. Das mag stimmen. Genau so richtig ist jedoch, dass im Gesamteinschätzungsbild und insbesondere im Vorgang der Befriedung der eigentliche Fehler oft hinter dem zurücksteht, was als Sekundärfehler hinzuzudiert wurde – und dies in aller Regel im Sinne von Kommunikationsfehlern. In jedem Stadium der Fehlerentstehung einerseits bzw. der Vorwurfseskalation andererseits besteht prinzipiell die Möglichkeit zur definitiven Befriedung. Dass diese mit fortschreitendem Prozess immer schwieriger wird, liegt in der Natur der Sache. Je stabiler und glaubwürdiger der belastete Arzt dem Patienten bzw. seinem Angehörigen wirkliche Achtung, wirklichen Respekt entgegenbringen kann (was gegenüber Beschwerdeführern sicher nicht einfach ist), desto leichter wird er die richtigen Worte und die richtigen Formen der non-verbalen Kommunikation finden. ‚Befriedung durch Kommunikation‘ hängt durchgehend von der *Haltung* des Arztes ab.

Literatur

- Hansis M L (2001) Die Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen. Aktueller Stand und Perspektiven. In: Der Unfallchirurg 104, 7: 668-670.
- Hansis M L, Hansis D E (2001) Der ärztliche Behandlungsfehler: Verbessern statt streifen. Landsberg: Ecomed.