



REDEN IST GOLD

Kommunikation nach einem Zwischenfall

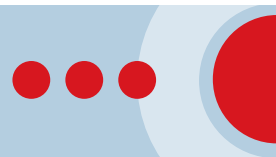


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT



REDEN IST GOLD

Kommunikation nach einem Zwischenfall



Vorwort und Danksagung	4
Wie geht es dem Patienten?	6
Wie ist die Rechtslage?	8
Kommunikation mit Patienten und Angehörigen	10
Kommunikation mit betroffenen Mitarbeitern	14
Kommunikation mit der Öffentlichkeit	16
Was sollen medizinische Einrichtungen konkret tun?	18
Ein Beispiel aus der Praxis Tragischer Zwischenfall an der Universitätsmedizin Mainz Interview mit Prof. Dr. Norbert Pfeiffer	21
Service	26
Impressum	27
Checkliste	28

Ratschläge zur Verbesserung dieser Broschüre sind für eine eventuelle Neuauflage erwünscht. Bitte schicken Sie sie an info@aps-ev.de.

HINWEIS

Die Broschüre bezieht sich auf Situationen in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeheimen. Von einem Zwischenfall können demnach Patienten und Bewohner betroffen sein. Damit der Text gut lesbar bleibt, wird stellvertretend nur von Patienten gesprochen. Aus demselben Grund, nämlich der besseren Lesbarkeit wegen, werden nur die männlichen Formen wie Arzt, Patient usw. verwendet. Selbstverständlich sind auch Ärztinnen und Patientinnen gemeint.



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zu häufig noch ist beklommenes Schweigen die Reaktion, wenn in Medizin und Pflege etwas schief gegangen ist. Auf professioneller Seite spielen Ängste und Unsicherheit eine große Rolle – was soll und darf nach Zwischenfällen getan und gesagt werden? Bei unerwünschten Ereignissen und Behandlungsfehlern sind eine gute Kommunikation und ein professioneller Umgang mit den Betroffenen und Beteiligten ethisch geboten. Dies ist Kernbestandteil einer fortschrittlichen Sicherheitskultur. Patienten und Angehörige sowie beteiligte Mitarbeiter erwarten zu Recht ein ehrliches, faires, auf Schadensbegrenzung und künftige Schadensverhütung gerichtetes Handeln der Verantwortlichen. Die Öffentlichkeit will in gravierenden Fällen zeitnah und angemessen informiert werden.

Laut einer Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risikomanagement im vergangenen Jahr haben lediglich 22 % von 484 an der Studie teilnehmenden deutschen Krankenhäusern durch einen internen Standard sichergestellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten. Auch deshalb legt das Aktionsbündnis Patientensicherheit mit dieser Broschüre einen Baustein für eine künftig verbesserte Kommunikation



nach Zwischenfällen vor. Zielgruppen sind Ärzte in Klinik und Praxis, Pflegende, Angehörige weiterer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiter, eben jene, die nach Zwischenfällen vor Ort sind und handeln und sprechen müssen.

Unter den Förderern dieses Projektes sind auch zwei Unternehmen der Versicherungswirtschaft. Dies zeigt, dass juristisch und versicherungsrechtlich einer ehrlichen und transparenten Kommunikation nach einem Zwischenfall nichts entgegensteht.

Wir danken den Förderern und allen, die an der Erarbeitung der Broschüre mitgewirkt haben und wünschen ihr eine große und angeregte Leserschaft.

Hedwig François-Kettner
Vorstandsvorsitzende des APS

Dr. Jörg Lauterberg
Projektkoordinator

Wie geht es dem Patienten?

Um angemessen auf einen Zwischenfall reagieren zu können, muss man sich in die Situation des Patienten hineinversetzen. Wie sind seine Empfindungen? Was sind seine Sorgen und Bedürfnisse?

Zwischenfälle während der medizinischen Behandlung belasten Patienten, Angehörige und die professionellen Helfer mitunter gravierend. Daher kommt dem Umgang mit solchen Zwischenfällen und vor allem einer offenen, zeitgerechten und kontinuierlichen Kommunikation mit den Betroffenen eine entscheidende Bedeutung zu.

Patienten reagieren mit starken Gefühlen

Zahllose Erfahrungsberichte und Studien zeigen, dass ein unprofessioneller Umgang mit Zwischenfällen Patienten zusätzlich zur körperlichen Beeinträchtigung psychisch traumatisieren kann. Dies führt zu einem Vertrauensverlust in das Behandlungsteam und die Versorgungseinrichtung.

Patienten sind durch ihre Erkrankung meist ohnehin schon verletztlich und besorgt. Auf eine unzureichende Kommunikation nach behandlungsbedingten Schädigungen reagieren sie oft mit starken Gefühlen wie Wut und Verbitterung, nicht selten fühlen sie sich betrogen oder lächerlich gemacht. Dies zeigte eine 1994 von C. Vincent und Kollegen in der Zeitschrift „Lancet“ publizierte Befragung von Patienten, die in England einen Rechtsbeistand aufgesucht hatten. Ein weiteres Ergebnis dieser Erhebung war, dass Patienten mit Schäden nach chirurgischen Eingriffen und anschließend unprofessioneller Kommunikation mehr Stress erlebten als Unfallopfer und Verwitwete. Sie hatten zudem vergleichsweise mehr Probleme mit der Krankheitsbewältigung als Patienten mit Herz- oder Krebserkrankungen. Je unzurei-

Was ist ein Zwischenfall?

Definition: Als Zwischenfälle gelten unerwünschte Ereignisse (Schäden, engl. adverse events) im Zusammenhang mit einer medizinischen oder pflegerischen Versorgung, die vermeidbar oder unvermeidbar sein können. Ebenso zählen fehlerbedingte Beinaheschäden (engl. near misses) als Zwischenfälle.



In folgenden Situationen besteht Gesprächsbedarf:

- wenn – schicksalsbedingt oder durch einen Fehler – ein Schaden entstanden ist,
- wenn der Patient einen Schaden vermutet,
- wenn das Personal einen Schaden voraussieht,
- wenn der Patient einen Fehler ohne Schadensfolge bemerkt (z.B. rechtzeitig erkannte Patientenverwechslung bei OP).

chender die Erklärungen durch die behandelnden Ärzte erlebt wurden, desto quälender waren später die Erinnerungen an die Situation. Wichtiger als der Wunsch nach materiellem Schadensersatz war den Befragten, dass aus dem Vorfall gelernt wird und anderen nicht das Gleiche passiert. Das Geschehen und die Verantwortlichkeit sollten aufgeklärt werden.

Eine Erhebung der norddeutschen Schlichtungsstellen aus dem Jahr 2009 zeigt, dass Patienten bei einem Behandlungsfehlervorwurf erhebliche Kommunikationsprobleme mit Ärzten erlebten. Unzureichende Informationen und ineffiziente Gesprächsführung gehören neben dem mangelnden Eingehen auf Symptome zu den am häufigsten beklagten Defiziten.

Wie ist die Rechtslage?

Bei vielen Ärzten besteht eine große Unsicherheit darüber, was sie bei einem Zwischenfall sagen dürfen. Viele befürchten, dass eine bloße Mitleidsbekundung oder eine Entschuldigung den Verlust des Versicherungsschutzes bedeutet. Diese rechtlich unbegründete Befürchtung macht sie sprachlos. Was darf man, was muss man aus rechtlicher Sicht dem Patienten sagen?

Gemäß § 630 c Abs. 2, Satz 2 BGB hat die Gesundheitseinrichtung die Pflicht, den Patienten zum einen zu informieren, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines eigenen oder fremden Behandlungsfehlers begründen und der Patient danach fragt.

Zum anderen besteht eine Informationspflicht „zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren“ wie bisher. Diese ist vor allem davon abhängig, ob der Zwischenfall eine Folgebehandlung erfordert und ob aus einem Fehler überhaupt ein Schaden entstanden ist.

Formulierungsbeispiel *„Es kann sein, dass ein Fehler von uns zu der Komplikation geführt hat – wir möchten das nicht ausschließen. Zunächst steht die weitere medizinische Behandlung im Vordergrund, der wir uns mit ganzer Aufmerksamkeit widmen möchten. Im weiteren Verlauf werden wir das Ereignis genau untersuchen und versuchen, alle Ihre Fragen dazu zu beantworten. Nach Ende der Behandlung soll dann eine neutrale Begutachtung zu dieser Frage gemacht werden.“*

1. Der Patient muss über einen Zwischenfall mit Schaden informiert werden, wenn eine Folgebehandlung erforderlich ist (Pflicht zur Information, Aufklärung). Bei Einverständnis des Patienten ist diese durchzuführen.

Die Information bzw. Aufklärung des Patienten umfasst:

- die Darstellung des Behandlungsgrundes (dass also aus dem Zwischenfall ein Folgeschaden resultiert; den möglichen Umfang des Schadens; die Folgen für die Lebensführung des Patienten) und
- die Erläuterung der erforderlichen Therapie (Art und Dauer der Behandlung und ggf. des Krankenhausaufenthaltes; Verlauf der Behandlung im Vergleich zur Nichtbehandlung; Nutzen und Risiken der Therapie; evtl. Behandlungsalternativen, wenn sie indiziert sind und unterschiedliche Nutzen oder Risiken haben; evtl. Nachbehandlung).

2. Der Patient sollte und darf über einen Zwischenfall auch dann informiert werden, wenn eine Folgebehandlung nicht erforderlich ist.

Der Arzt ist aber ohne konkrete Nachfrage des Patienten im Sinne von § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB nicht verpflichtet, von sich aus über einen Zwischenfall bzw. Fehler, der nicht zu einem Schaden geführt hat, zu informieren; er darf aber informieren.

3. Worüber darf und soll informiert werden?

Der Arzt darf immer über die Tatsachen aufklären:

- was geschehen ist,
- wie es geschehen konnte (sofern dazu sichere Aussagen gemacht werden können),
- er darf und sollte sein Bedauern und Mitgefühl ausdrücken und
- sich ggf. entschuldigen

4. Darf und soll ein Anerkenntnis ausgesprochen werden?

Anerkenntnis ist das Versprechen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Patienten, für einen Fehler auch finanziell einstehen zu wollen (s. Kasten). Im Gegensatz zur früheren Rechtslage führt ein Anerkenntnis nicht automatisch zum Verlust des Versicherungsschutzes. Ein Anerkenntnis mit dem Inhalt, die Haftung übernehmen zu wollen, kann aber dazu führen, dass der Anerkennende selbst – und nicht die Versicherung – einzustehen hat. Dies geschieht, wenn kein Haftungsfall vorliegt, weil z.B. der Fehler nicht ursächlich („kausal“)

für den Schaden war. Es wird deshalb empfohlen, ein Anerkenntnis, also eine Haftungsübernahme, erst nach eine Abstimmung mit dem Versicherer abzusprechen.

Ganz konkret:

Was darf und soll man sagen?

Ausdruck von Bedauern, wahrheitsgemäße Erklärungen über Tatsachen und Erläuterungen medizinischer Sachverhalte sind kein Anerkenntnis und führen nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes!

Beispiele für mögliche Formulierungen:

- > „Es tut uns sehr leid, dass bei der Operation der Harnleiter verletzt wurde.“
- > „Wir haben Sie mit einem anderen Patienten verwechselt, weshalb statt einer bloßen Magenspiegelung auch noch eine Magensonde gelegt wurde.“
- > „Aus folgenden Gründen ist es bei Ihnen zu einer schweren Infektion gekommen....“

Wie klingt ein Anerkenntnis?

Ein Anerkenntnis (was den Versicherer aber nicht automatisch bindet) sind die Vornahme einer Zahlung oder Formulierungen wie

- > „Ich erkenne meine Schuld an und werde zahlen.“
- > „Für alle entstehenden Kosten komme ich auf.“
- > „Wir zahlen Ihnen eine Entschädigung.“

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

Ein wichtiges Ziel nach einem Zwischenfall ist es, das Vertrauen des Patienten in seine Ärzte und Pflegekräfte zu erhalten oder zurückzugewinnen. Je stärker die Gespräche an den Bedürfnissen des Patienten orientiert sind, desto wahrscheinlicher kann dieses Ziel erreicht werden.

Wer sollte die Gespräche führen?

Die unterschiedlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen werden diese Frage verschieden beantworten. Idealerweise ist die Antwort bereits in einem Leitfadens (Handlungsanweisung) der Einrichtung für die jeweiligen Gegebenheiten festgelegt. Bei gravierenden Schäden und/oder einem gestörten Vertrauen in den primären medizinischen Betreuer muss eine Leitungsperson (z.B. Klinikdirektor, Chefarzt, leitender Oberarzt, Praxisinhaber, Heimleiter) das erste Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen führen oder anwesend sein. Dies signalisiert Respekt gegenüber dem Patienten und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung. Ausdruck des Respekts kann auch sein, den Patienten zu fragen, mit wem er sprechen möchte.

In leichteren Fällen wird es meist ausreichen, wenn die direkt am Vorfall Beteiligten ggfs. unter Einschaltung der nächst höheren Ebene das Gespräch mit dem Patienten suchen. Eine kurze Vorbereitung des Erstgesprächs im Team ist sinnvoll, um eine einheitliche Sprachregelung

gegenüber dem Patienten zu vereinbaren. Bei schweren Zwischenfällen ist das unmittelbar involvierte Personal oft selbst so betroffen, dass eine federführende Rolle in der Kommunikation weder möglich noch sinnvoll ist.

Es ist empfehlenswert, auch jemanden aus dem betreuenden Pflgeteam hinzuzuziehen. Dies ist besonders wichtig, weil Pflegende sehr viel häufiger im direkten Patientenkontakt stehen und Fragen des Patienten beantworten müssen.

Die nachfolgenden Gespräche sollte die für die nächsten Versorgungsschritte verantwortliche Person übernehmen. In Fällen mit großen Kommunikationsproblemen kann ein Moderator hinzugezogen werden.

Wann sollte das Gespräch stattfinden?

Patienten wollen so zeitnah wie möglich nach Eintreten bzw. Feststellung eines unerwünschten Ereignisses hierüber informiert werden. Ein erstes Gespräch innerhalb von 24 Stunden ist wünschenswert, selbst wenn eine parallel



laufende Ursachensuche noch nicht abgeschlossen ist. Unnötige Verzögerungen können Misstrauen auslösen oder verstärken und weitere Gespräche erschweren. Ist der Patient nicht gesprächsfähig, sollte mit Angehörigen – sofern der Patient damit mutmaßlich einverstanden ist – oder Bevollmächtigten gesprochen werden.

Nicht jedes Gespräch lässt sich allerdings vorbereiten. Manchmal kommt es unmittelbar zu einer Aussprache, wenn der Patient oder der behandelnde Arzt einen Fehler bemerkt. Denkbar ist auch, dass der Patient oder seine Angehörigen den Arzt in einer Situation ansprechen, wenn dieser nicht vorbereitet ist. Auch in diesen Fällen gilt es, adäquat zu reagieren

und ein zeitnahes Gespräch anzubieten, bei dem man in Ruhe über den Vorfall spricht.

Was sollte besprochen werden?

Am Anfang des ersten Gesprächs steht das Bedauern über den Zwischenfall von Seiten der Mitarbeiter!

Ist ganz offensichtlich ein Fehler passiert (z.B. Eingriffsverwechslung), sollte man diesen direkt in Verbindung mit einer Entschuldigung ansprechen. Andernfalls wird man das Vertrauen des Patienten verlieren.

Es ist Ausdruck des Respekts vor dem Patienten, wenn seine Fragen das Gespräch bestimmen. Gelegentlich haben auch Patienten und Angehörige Schuldgefühle und werfen sich vor, den



**REDEN
IST GOLD**

Zwischenfall nicht verhindert zu haben. Erste Erklärungen von professioneller Seite sollten das Geschehen und die bereits bekannten Fakten darlegen. Keinesfalls sollten vor Abschluss einer sorgfältigen Analyse Spekulationen über mögliche Ursachen mitgeteilt werden – der Patient könnte dies als Tatsachenschilderung missverstehen oder falsch erinnern.

Das Gespräch sollte Fürsorge und Kompetenz für die weitere Behandlung vermitteln und das Bemühen um lückenlose Aufklärung und Einbindung des Patienten bzw. seiner Angehörigen erkennen lassen.

Je nach Reaktion des Patienten ist es sinnvoll, dem Patienten den Wechsel des betreuenden Teams oder eine Verlegung bzw. die Überweisung an eine andere Praxis bzw. Einrichtung anzubieten.

In der Regel möchten die Betroffenen bei fehlerbedingten Schäden erfahren, was die Praxis, die Klinik oder das Heim künftig unternehmen wird, um ähnliche Fälle zu vermeiden. Dies sollte Patienten

nach erfolgter interner Aufarbeitung des Vorfalles mitgeteilt werden.

Es stärkt das Vertrauen des Patienten und seiner Angehörigen, wenn man aktiv – spätestens aber auf Nachfrage – externe Institutionen benennt, die bei der Aufklärung eines Medizinschadens bzw. eines Behandlungsfehlerwurfs einbezogen werden können (s. Seite 26). Bei klaren Fehlern mit (möglicher) Schadensfolge oder wenn der Patient einen Schadensersatz geltend machen will, sollte man ihm mitteilen, dass der Vorfall der Haftpflichtversicherung gemeldet wurde bzw. ihm die Kontaktdaten des Versicherers nennen.



Am Ende des Gesprächs:

- das weitere Verfahren verabreden,
- zuständige Ansprechpartner benennen,
- möglichst nächsten Gesprächstermin festlegen,
- über die geplanten Schritte der Zwischenfallanalyse informieren und
- den voraussichtlichen Zeitpunkt weiterer Ergebnisse benennen.

Insbesondere bei gravierenden Zwischenfällen oder sich abzeichnenden Konflikten ist es ratsam, das Gespräch zu protokollieren. Der Patient erhält eine Kopie des Protokolls.

Wie sollten die Gespräche gestaltet werden und wo sollten sie stattfinden?

Für die Gespräche sollten genügend Zeit und evtl. Folgetermine eingeplant werden. Durch eine strukturierte Vorbereitung mit aktuellen Informationen zur Situation des Patienten gelingt es leichter, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Man sollte auch auf starke emotionale Reaktionen von Seiten der Betroffenen vorbereitet sein und nicht erwarten, dass diese immer gefasst oder „kooperativ“ sind. Ein ruhiger Raum ohne Störungen durch Telefon oder Funk ist die geeignete Umgebung für solche Gespräche. Frequenzierte Sprechzimmer, Mehrbettzimmer in Anwesenheit von

Mitpatienten oder Stationsflure sind gänzlich ungeeignet. Wenn der Patient es wünscht, sollten Angehörige oder eine Person seines Vertrauens (Freund, Ombudsperson oder Patientenfürsprecher im Klinikbereich, Seelsorger) teilnehmen. Ein zusätzlicher Gesprächsteilnehmer auf der Behandlungsseite ist dann empfehlenswert. Ein Rechtsbeistand ist auf Wunsch des Patienten selbstverständlich zuzulassen. In diesem Fall sollte mit dem Versicherer geklärt werden, ob eine eigene rechtliche Vertretung sinnvoll bzw. notwendig ist.

„Können wir etwas für Sie tun?“

Nach Zwischenfällen, die den Patienten und seine Familie akut psychisch, sozial und finanziell beeinträchtigen, ist oft weitere Hilfe nötig. Der Gesprächspartner bringt Mitgefühl zum Ausdruck, wenn er aktiv nachfragt, inwieweit die Einrichtung konkrete Unterstützung vermitteln oder organisieren kann. Im Falle gravierender Dauerschäden nach Zwischenfällen nehmen viele Patienten auch Hinweise auf Selbsthilfegruppen oder andere Beratungsangebote dankbar an.

Kommunikation mit betroffenen Mitarbeitern

Neben dem Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist die Aufarbeitung im Mitarbeiterteam eine wichtige Aufgabe nach einem Zwischenfall. Die beteiligten Mitarbeiter sollten Unterstützung erfahren.

Menschen in Gesundheitsberufen leiden, wenn sie an unerwünschten Ereignissen beteiligt waren und sie sich die (Mit-)Schuld an einem schweren Verlauf oder gar dem Tod eines Patienten geben. Sie können das „zweite Opfer“ nach dem Patienten sein. Abhängig vom Ereignis und seinen Folgen resultieren Selbstzweifel, Verwirrung, Angst, Scham, Schuldgefühle und Depression bis zur Unfähigkeit, den Beruf weiter auszuüben.

Als „drittes Opfer“ kann auch die Einrichtung als sozialer Organismus einen Vertrauensverlust, eine Verunsicherung und einen Verlust an Reputation erleben. Ursache kann der Zwischenfall selbst sein oder aber die intransparente, unfaire, schuldzuweisende Aufarbeitung des Zwischenfalls innerhalb und außerhalb der Institution.

Was ist das Ziel der Kommunikation nach einem Zwischenfall?

Alle Beteiligten müssen sachlich und transparent informiert werden, um die Teams im adäquaten Umgang mit dem Zwischenfall zu stärken. Gleichzeitig wird damit Gerüchten vorgebeugt. Zwischenfälle müssen identifiziert, analysiert und in Zukunft vermieden wer-

den. Um dies zu erreichen, muss das beteiligte Team reflektieren: Was ist eigentlich passiert? Was war richtig, was war falsch?

Das „zweite Opfer“ von Zwischenfällen muss erkannt und ernst genommen werden – ohne die persönliche Verantwortung des Mitarbeiters grundsätzlich außer Acht zu lassen. Beteiligte Mitarbeiter sollten Unterstützung von der Leitungsebene erfahren und die Gelegenheit haben, zur Aufklärung und Vermeidung von Zwischenfällen beizutragen.

Grundsätze für das Gespräch mit betroffenen Mitarbeitern

Zeitnah zu dem Zwischenfall:

- Sprechen Sie erst mit den am Zwischenfall Beteiligten, dann mit dem Team.
- Planen Sie angemessen Zeit und Raum ein.
- Schaffen Sie eine Atmosphäre, die die Mitarbeiter ermutigt, ihre Meinung zu äußern und aktiv an der Aufklärung des Zwischenfalls mitzuwirken.

Im weiteren Prozess der Aufarbeitung:

- Beachten Sie strikte Vertraulichkeit, solange der Zwischenfall noch nicht aufgeklärt ist.



- Sammeln Sie zunächst alle Informationen. Beschreiben Sie, wer was wann getan oder wahrgenommen hat, ohne sich dabei schon mit Erklärungen für das Vorgefallene zu beschäftigen. Wer hat was wie verstanden? Kommunikationsstörungen (Lärmkulisse, unterschiedliche Sprachen, Abkürzungen) sind häufig Ursache für Missverständnisse.
- Sprechen Sie von „wir“ und „lassen Sie uns“ und verstärken Sie so die Teamperspektive.
- Sprechen Sie über Probleme, nicht über Personen. „Was ist jetzt das Problem und wie können wir es lösen?“
- Jeder, dem ein Fehler unterlaufen ist, und jeder, der glaubt, einem Patienten einen

schweren Schaden zugefügt zu haben, braucht kollegiale emotionale Unterstützung bei der Aufarbeitung des Ereignisses, ggf. auch seelsorgerischen oder psychologischen Beistand.

Nachbereitung:

- Kommunizieren Sie die Ergebnisse und die beschlossenen Maßnahmen an die Beteiligten. Zeigen Sie damit, dass die Organisation und das Team gelernt haben.

Kommunikation mit der Öffentlichkeit

Wenn ein schwerwiegendes Ereignis eingetreten ist, sollte die Öffentlichkeit darüber informiert werden. Dies gilt insbesondere, wenn mit dem Interesse der Medien zu rechnen ist.

Die Einrichtung sollte agieren und nicht reagieren. Externe Kommunikation, die sich auch in der Krise bewährt, ist keine einmalige Angelegenheit, sondern setzt kontinuierliches Bemühen voraus – lange bevor ein Zwischenfall eintritt. Ein gut gepflegter Kontakt mit Medienvertretern kann sich als wichtiges Fundament einer sachorientierten, konstruktiven Kommunikation nach einem schweren Zwischenfall erweisen. So können beispielsweise regelmäßig und gezielt zur Verfügung gestellte Informationen über Maßnahmen im hauseigenen Qualitäts- und Risikomanagement den Weg für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Medien bereiten. Es sollte grundsätzlich geklärt sein, welche Informationswege (Internet, Zeitungen, persönliche Kommunikation etc.) aktuell bei einem Zwischenfall bzw. im Nachgang relevant sind. Auch die Zielgruppen der externen Kommunikation sollten festgelegt sein: Patienten, kooperierende Einrichtungen, allgemeine Öffentlichkeit, Journalisten etc.

Verfügt eine Einrichtung im Bereich externe Kommunikation nicht über ausreichend qualifizierte Mitarbeiter, so kann es sinnvoll sein, für einen schwerwiegenden Zwischenfall einen mit Krisenkommunikation erfahrenen PR-Berater hinzuziehen.

Für die Kommunikation nach einem schwerwiegenden Zwischenfall gilt:

- Die Festlegung von Grundregeln für die Krisenkommunikation ist immer Aufgabe der Leitung und sollte schriftlich erfolgen (Bestandteil des Leitfadens). Weitere Zuständigkeiten und Rollenverteilungen der Beteiligten sind fallbezogen zu definieren.
- Mitgefühl gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen und aufrichtiges Bedauern stehen auch an erster Stelle der externen Kommunikation. Darüber hinaus muss sie vermitteln, dass die Klinik und ihre Mitarbeiter betroffen sind.
- Nur Fakten kommunizieren! Keine Spekulationen über Ursachen oder beteiligte Personen! Schweigepflicht und Datenschutz beachten.



- Aktiv nach innen und nach außen kommunizieren. Zögerliche oder gänzlich ausbleibende Kommunikation verstärkt die Unsicherheit und schwächt das Vertrauen in die Einrichtung.
- Die Kommunikationsstrategie nach innen und nach außen muss konsistent sein, d.h. abgestimmte Inhalte und Sprachregelungen sollten über benannte Ansprechpartner verlässlich kommuniziert werden.
- Die Kommunikation konzentriert sich auf relevante Botschaften, die eingeleiteten Schritte zur Aufarbeitung des Ereignisses stehen im Mittelpunkt. Wichtig sind zudem die getroffenen Maßnahmen zur Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen sowie zur Prävention ähnlicher Ereignisse in der Zukunft.

Was sollen medizinische Einrichtungen konkret tun?

Jede Einrichtung, egal ob Arztpraxis, Pflegeheim oder Krankenhaus, muss auf Zwischenfälle vorbereitet sein. Es braucht klare schriftliche Regeln für die interne und externe Kommunikation, für Abläufe und Zuständigkeiten. Dabei sind die besonderen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung zu berücksichtigen.

Im Folgenden wird am Beispiel der Krankenhaussituation dargestellt, wie der zeitliche Ablauf und die Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern, Geschäftsführung und Haftpflichtversicherer gestaltet werden sollte. Die Empfehlung lässt sich mit entsprechenden Änderungen auf Arztpraxen und Pflegeheime übertragen. Nicht alle Punkte sind immer vollständig anzuwenden. Manches muss zeitlich parallel geschehen. Naturgemäß hängt das tatsächliche Vorgehen von der Schwere des Zwischenfalls und dessen Folgen ab.

Es ist wichtig, dass die festgelegten Regeln in Form eines Leitfadens allen Mitarbeitern bekannt sind und dass wenigstens ein Teil der Mitarbeiter durch ein qualifiziertes Kommunikationstraining geschult ist.

In größeren Einrichtungen sollte ein erfahrener Mitarbeiter, der am Geschehen unbeteiligt ist, oder ein Externer bestimmt werden, die Zwischenfallanalyse zu unterstützen. Er sorgt für eine zeitnahe Bearbeitung aller Informationen, sortiert und ordnet die Fakten und stellt diese zur Verfügung. So lassen sich doppelte

Tätigkeiten und Missverständnisse bei der Kommunikation zwischen Patient, Berufsgruppen und Hierarchien vermeiden.

Schaden begrenzen und abwehren

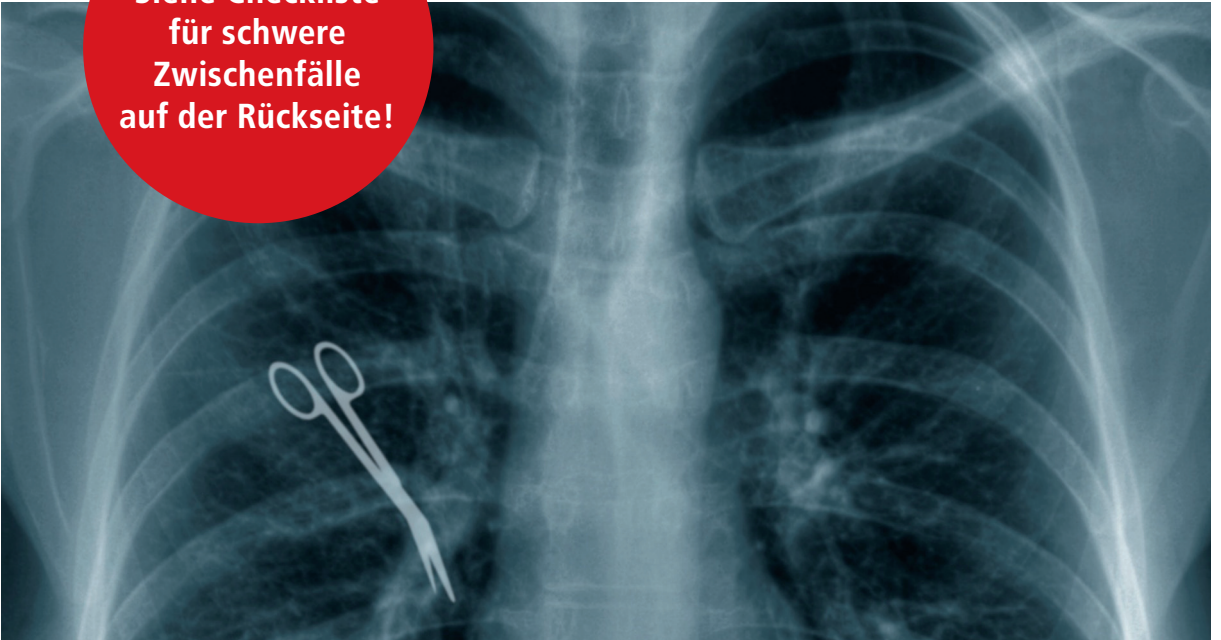
- Sofern medizinische Akutmaßnahmen zur Linderung/Behebung aufgetretener Folgen des Zwischenfalls notwendig sind, haben diese Priorität.
- Wenn potenzielle Gefahren für weitere Patienten bestehen, müssen Schutzmaßnahmen eingeleitet und die Ursachenklärung vorangetrieben werden.

Informieren

1. Bei dringender Behandlungsnotwendigkeit:

- Der Patient und/oder die Angehörigen werden über das unerwünschte Ereignis, seine Folgen und die Behandlungsnotwendigkeit informiert.
- Das Gespräch sollte ggf. mit Datum, Uhrzeit und Unterschriften dokumentiert werden. Der Patient erhält eine Abschrift der Dokumentation.

**Siehe Checkliste
für schwere
Zwischenfälle
auf der Rückseite!**



2. Keine dringende Behandlungsnotwendigkeit

Bei einem unerwünschten Ereignis ohne dringende Indikation einer Folgebehandlung informiert der behandelnde Arzt sogleich den verantwortlichen Leiter der Abteilung oder der Klinik über das Ereignis. Je nach Ausmaß und Art der Schädigung veranlasst der verantwortliche Abteilungs-/Klinikleiter die Information

- > des Patienten und dessen Angehörigen,
- > der Geschäftsführung, Pflegedienstleitung und
- > der den Patienten betreuenden ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter.

Schweigepflicht und Persönlichkeitsrechte sind zu beachten.

Bei schweren Zwischenfällen kann es angemessen sein, alle Mitarbeiter der Abteilung oder alle Mitarbeiter des Hauses zu informieren. Kommt es zur Einschaltung der Medien, ist die Information der Belegschaft zwingend. Dabei ist festzulegen, dass weitere Auskünfte, insbe-

sondere gegenüber den Medien oder bei anderen externen Anfragen, nur von einer dazu autorisierten Person gegeben werden dürfen.

Dokumentieren

Neben der Dokumentation in der Krankenakte wird es häufig sinnvoll sein, dass alle an dem Zwischenfall beteiligten Mitarbeiter zusätzlich zeitnah ein Gedächtnisprotokoll bzw. eine detaillierte Dokumentation erstellen, die Folgendes umfasst:

- Diagnose, Befunde, bisherige Behandlung und Aufklärungsgespräche,
- Darstellung und Ablauf der Behandlungsmaßnahme oder Unterlassung, die zu dem Zwischenfall geführt hat, mit Nennung der beteiligten Personen.
- durchgeführte medizinische (Akut-)Maßnahmen zur Linderung oder/und Vermeidung weiterer unerwünschter Folgen,

- Zeit und Inhalt der Meldung an die ärztliche Leitung und die Pflegedienstleitung,
- Gespräche mit dem Patienten und seine Entscheidungen,
- Gespräche mit beteiligten Mitarbeitern,
- vermutete Ursachen für das Eintreten des Zwischenfalls aus Sicht des Behandelnden.

Die den Zwischenfall auslösenden oder an ihm beteiligten Materialien, Dokumente und Geräte müssen sichergestellt werden.

Während des Prozesses der Aufarbeitung sollte eine Praxis bzw. ein Krankenhaus keine Rechnungen an betroffene Privatversicherte verschicken. Bei gesetzlich Versicherten sollte man bis zur Klärung des Zwischenfalls auf den Krankenhaus-Eigenanteil verzichten und die betroffene Krankenkasse entsprechend informieren, damit bei Nichtzahlung keine Mahnung versandt wird.

Wenn ein Patient im zeitlichen Abstand zu einer medizinischen Behandlung einen Behandlungsfehler vermutet und über seine Krankenkasse um Unterlagen bittet, sollten diese selbstverständlich zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Informieren der Haftpflichtversicherung und des Kostenträgers

Die vom Chefarzt/Klinikleiter benachrichtigte Geschäftsführung wird die Haftpflichtversicherung und den Kostenträger zeitnah über den Zwischenfall informieren. Ist erkennbar oder

absehbar, dass der Patient Schadenersatzansprüche stellen wird, muss der Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche von dem Vorfall informiert werden. Ist ein Fehler offensichtlich und ein Schaden eingetreten, sollte das weitere Vorgehen bereits vor dem ersten Gespräch mit dem Patienten mit dem Versicherer abgesprochen werden.

Verhalten gegenüber der Staatsanwaltschaft

In bestimmten Situationen schaltet sich die örtliche Staatsanwaltschaft direkt in das Verfahren ein. In diesem Fall ist folgendes Vorgehen einzuhalten:

- Durchsuchungs-/Beschlagnahmebeschluss ansehen und aushändigen lassen,
- alle behandlungsrelevanten Dokumente nach Erstellung von lesbaren Kopien bzw. Ausdrucken der EDV-Dokumentation herausgeben,
- das Gespräch mit der Staatsanwaltschaft nur zusammen mit einem Vertreter der Geschäftsführung führen und auf das Notwendige beschränken,
- Gespräch mit der Staatsanwaltschaft dokumentieren und
- den Haftpflichtversicherer unmittelbar danach benachrichtigen.



Tragischer Zwischenfall an der Universitätsmedizin Mainz

Das folgende Interview bezieht sich auf einen Fall aus einer Universitätsklinik. Die dortigen Verhältnisse, etwa in Bezug auf die Personalausstattung und -verfügbarkeit, unterscheiden sich sehr von denen in kleinen Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeheimen. Dennoch sind die Grundsätze eines ehrlichen und transparenten Umgangs mit den Betroffenen und der Öffentlichkeit auf andere Einrichtungen übertragbar.

Im August 2010 kam es an der Mainzer Universitätsmedizin zu einem tragischen Unglücksfall. Im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin verstarben an einem Samstag zwei Säuglinge, die aufgrund ihrer schweren Grunderkrankung bereits intensivmedizinisch betreut wurden. Man vermutete einen Zusammenhang mit einer durch Bakterien verunreinigten Infusionslösung. Insgesamt waren 11 Kinder mit Infusionslösungen dieser Charge versorgt worden. Ein weiteres Kind starb am folgenden

Montag. Bei den betroffenen Infusionen handelte es sich um Ernährungslösungen, die aus verschiedenen Komponenten externer Hersteller in der Apotheke der Universitätsmedizin Mainz täglich patientenindividuell hergestellt werden.

Wir sprachen mit Prof. Dr. Norbert Pfeiffer, der zu dieser Zeit der Medizinische Vorstand und Vorstandsvorsitzende der Universitätsmedizin war.



Prof. Dr. Norbert Pfeiffer

Sie haben im letzten Sommer einen schweren Zwischenfall am Klinikum bewältigen müssen. Was war Ihnen in diesen Stunden besonders wichtig?

Ich wollte, dass wir extrem schnell herausfinden, was passiert ist. Es waren ja Kinder auf Station, die weiter Infusionen brauchten. So war es eminent wichtig, das Problem zu identifizieren. Dazu brauchten wir die Mitarbeiter. Nur sie konnten wissen, was vielleicht schief gegangen war.

Stehen die möglichen Verursacher des Unglücks in dieser Situation nicht besonders im Mittelpunkt?

Ja, leider. Die Journalisten fragen gleich: „Was sind die Konsequenzen?“ Meine Güte! Man muss doch erst mal analysieren, was überhaupt passiert ist. Als zweites will man wissen, wer hat Verantwortung, und erst dann reden wir über Konsequenzen. Nicht umgekehrt! Man muss die Ruhe haben, um die Dinge zu klären. Auf der anderen Seite darf man die Dinge auch nicht zu lange hinschieben. Eine Klärung nach 5 oder 10 Jahren, wie häufig in solchen Fällen, ist allenfalls eine späte Genugtuung, hat aber nichts mit Bewältigung zu tun.

Sind Sie unkonventionell vorgegangen?

Ja. Meist wird eine andere Strategie verfolgt: Schuld abwehren und Zeit gewinnen. Manche Juristen raten sogar zu einem solchen Vorge-

hen. Ich bin aber überzeugt, mit Offenheit kommt man am weitesten. Nicht scheinweise etwas zugeben, sondern direkt sagen: „Das ist passiert. Ich weiß noch nicht wie. Aber wir kriegen es raus und dann sagen wir es Ihnen. Sei es gut oder schlecht.“

Ein Journalist fragte: „Was halten Sie denn für wahrscheinlich?“ Ich habe gesagt: „Eine vermeinte Infusion aus der Industrie? Das gibt es vielleicht 1 zu 50 Millionen. Die Wahrscheinlichkeit ist viel größer, dass es bei der händischen Herstellung passiert ist.“ Das habe ich ganz bewusst gesagt. Wenn ich in so einem Moment behauptet hätte, dass ich keine Vermutung habe, dann wäre ich unglaubwürdig geworden.

Vermutlich waren Sie als Universitätsklinikum nicht unvorbereitet. Hatten Sie eine Vorgabe, wie mit einem schwerwiegenden Ereignis umzugehen sei?

Wir hatten intern vereinbart, wie wir mit Krisen und mit schlechten Botschaften umgehen. Es gibt bestimmte Dinge, die einfach eingeübt sind. Das schon. Aber ein Handbuch hätte uns nichts genutzt. Da steht nicht drin, was man tun muss, wenn drei Kinder tot sind.

Wie sind Sie vorgegangen, als Sie über den Tod der Kinder informiert wurden?

Es ging alles sehr schnell: Sonntagmorgen um 9.15 Uhr wurde ich angerufen. Um 11 Uhr war der Krisenstab mit etwa 15 Leuten zusammen – Kinderklinik, Intensivstation, Apotheke, Mikrobiologie, der Justitiar, vier Leute von der

Presseabteilung, mein Stellvertreter und ich selbst.

Dann haben wir die Prioritäten festgelegt. Priorität 1: Den Kindern, die ebenfalls die Infusion bekommen hatten, darf nichts passieren. Ich habe sofort doppelte Schichten angeordnet, damit für jedes Kind ein Arzt und eine Schwester da ist.

Zweitens: Weiteren Schaden vermeiden. Also haben wir die Industrie informiert, damit sie die verwendeten Chargen sicherheitshalber zurückrufen.

Drittens: Die Eltern informieren – das haben die behandelnden Ärzte getan.

Viertens: Die Mitarbeiter in Kinderklinik und Apotheke informieren und auf ihre Pflichten hinweisen, insbesondere die Schweigepflicht. Auch unser Vorstand, das Ministerium, das Gesundheitsamt, die Behörde für die Apothekenherstellung usw. mussten informiert werden. Die haben wir alle am Sonntag rausgeklingelt.

Das haben Sie im Krisenstab ad hoc entwickelt?

Ja. Die Ursachensuche läuft natürlich immer parallel, zum Beispiel die Sicherstellung von Proben. Als nächstes habe ich den Staatsanwalt angerufen. Das war um 13 Uhr. Eine Stunde später war die Polizei da. Wenn die reinkommen und sagen: „Wir sind von der Mordkommission“, fällt die Temperatur um gefühlte 10 Grad ab. Das war nicht einfach mit dieser Offenheit.

Es war mir klar, dass wir auch die Öffentlichkeit informieren müssen. Das hatte eine enorme Dynamik. Um 17 Uhr war die Pressemeldung raus, um 18 Uhr fand die erste Pressekonfe-

renz statt und um 19 Uhr kam die Nachricht im ZDF.

In anderen Fällen informiert die Staatsanwaltschaft die Presse. Warum haben Sie das selbst gemacht?

Es ist wie beim Radrennen. Sie halten die Sache nur unter Kontrolle, indem Sie vorne an der Spitze fahren. Wir wollten die authentische Informationsquelle sein.

Wann haben Sie den Haftpflichtversicherer informiert?

Gleich am Montag, am Sonntag hatte er schon eine E-Mail bekommen.

Sie haben eine professionelle Stabsstelle für Kommunikation und Presse an der Universitätsmedizin, die mit mehreren Personen besetzt ist. Das war wahrscheinlich hilfreich für Sie.

Unbedingt. Sie brauchen jemanden, der Pressemeldungen schreibt und der Interview-Anfragen und solche Dinge kanalisiert. Sie brauchen auch jemanden, der aufpasst, dass keiner eine Kamera auf Station schmuggelt. Wir haben es bis zum Schluss – gegen Versprechungen und sogar Drohungen – durchgehalten, dass keine Bilder von Station gemacht wurden und vor allem keine Bilder von Mitarbeitern. Die sind vollständig aus der Schusslinie gehalten worden.

Warum war Ihnen das wichtig?

Also, zunächst einmal war mir wichtig, dass der Vorstandsvorsitzende und nicht jemand anderes die Sache nach außen vertritt. Das war

der Schwere des Geschehens angemessen. Ich wollte mich auch vor die Mitarbeiter stellen, damit sie uns bei der Aufklärung helfen konnten.

Wie sind Sie mit den Mitarbeitern in dieser Situation umgegangen?

Ich bin gleich auf allen Stationen gewesen und bei den Mitarbeitern in der Apotheke. Die Mitarbeiter konnten wie die Eltern psychologische Beratung und Seelsorge in Anspruch nehmen. Diese Unterstützung ist rege genutzt worden.

Wie haben die Mitarbeiter bei der Aufklärung geholfen?

Fünf Tage später haben dieselben Mitarbeiter, die diese Infusion gemischt hatten, vor einer externen Expertenkommission – mit dem Staatsanwalt buchstäblich im Nacken – dasselbe vor laufender Videokamera noch einmal gemacht. Wäre ich am ersten Tag hingegangen und hätte gesagt: „Sie sind alle suspendiert, bis wir die Erklärung haben“, dann hätte sich niemand exponiert. So aber hat kein Mitarbeiter seine Mitarbeit oder Aussage verweigert. Und weil das so war, konnten die externen Experten feststellen: „Hier kann der Auslöser nicht gewesen sein.“

Ein Universitätsklinikum kann sich aufgrund der Größe eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit leisten. Wie soll ein kleines Krankenhaus verfahren, wenn ein schwerwiegendes Ereignis passiert?

Also, es braucht einen, der sagt, wo es lang geht. Das ist Aufgabe des Direktors des Krankenhauses oder des Geschäftsführers. Das können Sie nicht einem Pressesprecher aufbürden. Wichtig ist, genügend verlässliche Mitarbeiter

mit einzubeziehen. Hätte ich versucht, alles allein zu machen, wäre ich gescheitert. Das Organisatorische kann ein Sekretariat mit zwei, drei pfiffigen Sekretärinnen übernehmen. Die meisten Krankenhäuser haben jemanden im weiteren Bereich, der Presseerfahrung hat. Fast jedes Krankenhaus hat mal eine Pressemitteilung herausgegeben.

Kann man sich auf so eine Situation vorbereiten?

Ich würde unbedingt empfehlen, dass man sich auch in einem kleinen Haus Gedanken macht, wen man in so einem Fall in den Krisenstab holt, zum Beispiel aus der Pressestelle des Trägers des Krankenhauses. Man braucht eine Erreichbarkeitsliste, um am Sonntagmittag auf alle Handynummern zugreifen zu können – auch die von einer tüchtigen Sekretärin. Sie brauchen richtig viele Leute.

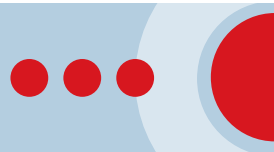
Also ist es auch Teamwork?

Ja, absolut. Krise braucht Führung, aber sie braucht auch ein Team. Sie brauchen Leute, die Sie mit Ideen unterstützen und die Sie nach drei Tagen auch mal aufrichten.

Wie ist es Ihnen ergangen in der Zeit?

Es ist mir natürlich nicht gut gegangen. Sie kriegen Zweifel an der Welt und an sich selber. Sie denken: Warum passiert das uns? Es hätten auch 11 Kinder tot sein können. Das war am Anfang nicht klar. Das ist eine extreme Anspannung, absolut an der Grenze.

Wir danken Herrn Professor Pfeiffer herzlich für das Gespräch!



Service

Quellen und weiterführende Literatur

- Doms T. Behandlungsfehler: Was der Arzt sagen darf. Dtsch Arztebl 2010; 107 (50): A-2529
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients´ and physicians´ attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003; 289: 1001-7
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.) (2006) Schriftenreihe Nr. 1 - Wenn etwas schief geht. Zürich: Selbstverlag
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.) (2010) Schriftenreihe Nr. 3 – Täter als Opfer – Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Zürich: Selbstverlag
- St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. Reden ist Gold: Kommunikation. In: St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (Hrsg.) (2011) Notfallmanagement. Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin (2. A.), Springer Berlin S.187-208
- Thomeczek C, Hart D, Hochreutener MA, Neu J, Petry FM, Ollenschläger P, Sängler S, Frank O. Kommunikation: „Schritt 1“ zur Patientensicherheit – auch nach dem unerwünschten Ereignis. Chir Praxis 2009; 70: 691-700
- Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343: 1609-13
- Wachter RM. Fokus Patientensicherheit (2010)

Koppenberg J, Gausmann P, Henninger M (Hrsg.) Berlin: McGraw-Hill / ABW Wissenschaftsverlag

- Wu A. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BJM 2000; 320:726-7

Weitere Literatur-Tipps finden Sie unter [www. aktionsbuendnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)

Zur Aufklärung eines Medizinschadens bzw. eines Behandlungsfehlervorwurfs können sich Patienten u.a. wenden an:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/>
kostenfreies Beratungstelefon: 0800 0 11 77 22

Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern

www.bundesaerztekammer.de

Home > Patienten > Patientensicherheit > Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen > Adressen

Patientenberatungsstellen

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin
www.vzbv.de

auf Medizinrecht spezialisierte Anwälte

Bundesrechtsanwaltskammer, Berlin
www.brak.de

Krankenkassen

Impressum

Herausgeber:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

Am Zirkus 2

10117 Berlin

Fon +49 (0) 30 36 42 81 60

Fax +49 (0) 30 36 42 81 611

info@aps-ev.de

www.aps-ev.de

Konzept und Texte:

Arbeitskreis „Kommunikation nach einem Zwischenfall“

Sonja Barth, Berlin; Dr. Olga Frank, Zürich; Prof. Dr. Dieter Hart, Bremen;

Dr. Barbara Hoffmann, Frankfurt am Main; Dr. Jörg Lauterberg, Berlin;

Franz-Michael Petry, Detmold; Dr. Julia Rohe, Berlin; Andrea Sanguino

Heinrich, Berlin; Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall; Dr. Christian

Thomeczek, Berlin

Gesamtkoordination: Dr. Jörg Lauterberg, Berlin

Redaktion: Dr. Annette Immel-Sehr, Bonn

Grafik: www.pinger-eden.de

Fotos: Peter Bender, APS, fotolia

Berlin 2017, 3. Auflage

Diese Broschüre wurde vor dem Druck von einem großen Kreis aus Experten, Praktikern aus unterschiedlichen Berufsfeldern und Hierarchiestufen (Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungsmitarbeiter) sowie von Patienten und Betroffenen gelesen und kommentiert. Wir danken allen Kommentatoren für ihre wertvollen Hinweise.

Kommentatoren: S. Bachstein, Schwabach / H. Bauer, Berlin / B. Berner, Berlin / B. Bouillon, Köln / P. Burgard, Heidelberg / I. Chop, Berlin / I. Danne, Bremen / M. Eberlein-Gonska, Dresden / U. Fabry, Aachen / A. Fischer, Schwäbisch-Hall / H. Francois-Kettner, Berlin / B. Godschalk, Bonn / S. Goericke-Buck, Hannover / H. Haeske-Seeberg, Ismaning / M. Hansis, Karlsruhe / K. Hagemann, Hamburg / R. Hermes, Coburg / H.-I. Huppertz, Bremen / A. Karschti, Oberhausen / S. Kersting, Idstein / R. Klakow-Franck, Berlin / B. Kronauer, Berlin / G. Leppin, Berlin / H. Loskill, Düsseldorf / K. Mergenthal, Frankfurt am Main / S. Minten, Bonn / T. Möhlig, Schwäbisch-Hall / J. Mosig-Frey, Flörsheim / B. Neuroth, Düsseldorf / V. Roggenkamp, Berlin / S. Rosenthal, Dortmund / K. Rudolf, Freiburg / M. Schädel-Höpfner, Düsseldorf / H. Schlüter, Düsseldorf / J. Schön-Wittke, Hamburg / S. Schwartz-Fuchs, Sauerlach / C. Stenzel, Berlin / A. van Vegten, Deventer-NL / P. Weidinger, Köln / A. Wienke, Köln / J. Zimmermann, Celle / W. Zöllner, Berlin

Grundsätzliches

1. Schriftliche Handlungsanweisung für die Vorgehensweisen nach Zwischenfall?
 2. Mitarbeiter für die Kommunikation nach Zwischenfall geschult?
-

Checkliste für gravierende Zwischenfälle

1. Akute Folgenbegrenzung für den Patienten und evtl. Schadensabwehr für weitere Patienten eingeleitet?
 2. Gespräch mit dem Patienten/Angehörigen
 - a. Gesprächsvorbereitung?
 - b. Wer, wann, wo?
 - c. Gesprächsdokumentation?
 - d. Ansprechpartner benannt, Folgegespräche terminiert?
 - e. Hinweis auf Beistand und externe Stellen erfolgt?
 3. Evtl. Folgebehandlung organisiert?
 4. Dokumentation und Analyse des Zwischenfalls
 - a. Wer und wie?
 - b. Sicherung von beteiligten Geräten/Produkten?
 5. Einbezug/Information wichtiger Beteiligter:
Leitung, relevante Mitarbeiter, Versicherer, Rechtsbeistand, zuständige Behörden, Kostenträger, evtl. weitere?
 6. Adäquater Umgang mit beteiligten Mitarbeitern
 - a. Beteiligung an der Zwischenfallanalyse?
 - b. Entlastung/psychologische Unterstützung?
 7. Information der Öffentlichkeit
 - a. Erforderlich?
 - b. Wer, was, wann, wie, externe Unterstützung?
- 