Reden ist Gold!

„OP-Pfusch“: Wie sag ich's dem Patienten?

Passiert im Zuge einer Operation ein Fehler, wird in vielen Kliniken vorrangig nach „dem Schuldigen“ gesucht. Experten zufolge ist das ein falscher Ansatz: Das Problem liegt meist im System; zur Lösung trägt die offene Kommunikation im Team und mit dem betroffenen Patienten bei.

Es ist der Alptraum eines jeden Chirurgen: Man hat eine Operation erfolgreich beendet, die Wunde vernäht, den Patienten nach komplikationslosem Verlauf aus der Klinik entlassen. Einige Monate später stellt er sich wegen Infektzeichen wieder vor. Man röntgt, und siehe da: Im Patienten findet sich ein Tupfer, der offenbar der Kontrollzählung entgangen ist. Spätestens an diesem Punkt lässt sich nicht mehr bestreiten, dass dem Team ein Fehler unterlaufen ist.

Bohrer im Patienten vergessen

Solche Szenarien sind in Deutschland keineswegs eine Seltenheit, wie Prof. Emilio Dominguez, Lichtenfels, auf dem Chirurgenkongress in München berichtete. Dabei werden die erstaunlichsten Dinge zurückgelassen: Von 546 in situ verbliebenen Fremdkörpern verzeichneten die Autoren einer Studie 118 Bauchtücher und 105 Tupfer, aber auch 15 Klemmen, fünf Zangen und einen Sauger. In drei Fällen wurde sogar ein Bohrer im Patienten übersehen.

Von der „Schuldkultur“ zur „Sicherheitskultur“

Worauf man nach Dr. Maria Cartes Febrero, Risikomanagerin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), in solchen Fällen nicht verfallen sollte, ist die Suche nach „dem Schuldigen“. Häufig liege die Ursache in Systemfehlern, für die man den einzelnen Mitarbeiter nicht verantwortlich machen könne. In Hannover hat man sich daher weg von einer „Schuldkultur“ und hin zu einer „Sicherheitskultur“ entwickelt. Dabei kommt es nach Cartes Febrero auf Kommunikation an, darauf, die Bedingungen zu untersuchen, unter denen die Menschen arbeiten. Es empfiehlt sich, nach systemorientierten Lösungen zu suchen und auf diese Weise zu vermeiden, dass sich Fehler wiederholen. Zu diesem Zweck wurde an der MHH ein Meldesystem implementiert, über das (Beinahe-)Zwischenfälle anonym mitgeteilt und dann gezielt bearbeitet werden können. Ein Feedback über die Meldungen und die eingeleiteten Maßnahmen wird im Anschluss an alle Mitarbeiter weitergeleitet.

Den Vorgesetzten informieren!

Der allererste Gang nach einem Zwischenfall ist immer der zum Vorgesetzten. Auch die Geschäftsführung und ggf. die Rechtsabteilung sollten informiert werden. Der Medizinrechtsexperte Johannes Jaklin, Detmold, empfiehlt, von vornherein zu klären, wer die Gespräche, sowohl mit dem Patienten als auch ggf. mit Polizei und Presse, führen soll. In besonders dramatischen Fällen sei es ratsam, vorab eine Presseerklärung zu ver-

fassen, „damit Sie nicht zum Getriebenen werden.“

Patientengespräche sind nach Jaklin in der Regel „Chefsache“. Dies sei auch eine Form der Wertschätzung. Ohnehin habe der Arzt dem Patienten gegenüber eine „Bringschuld“. Das Ziel, nämlich die Auseinandersetzung mit dem Betroffenen oder dessen Angehörigen zu vermeiden, sei nur dann zu erreichen, wenn man aktiv und offen auf diese zugehe und nicht etwa versuche, den Fall herunterzuspielen oder gar zu vertuschen.

Keine Angst vor der „Anerkenntnis“

Viele Ärzte haben nach wie vor Bedenken, mit dem Patienten offen über die Vorkommnisse zu sprechen, auch weil sie fürchten, etwa durch unbedachte Aussagen den Versicherungsschutz der Klinik zu gefährden. Dabei besteht hierin aus juristischer Sicht in aller Regel kein Problem, wie Jaklin betont. Zum einen existiere nach einer Gesetzesänderung das berüchtigte „Anerkenntnisverbot“ nicht mehr. Demnach war ein „Versicherungsnehmer nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch (...) anzuerkennen oder zu befriedigen.“ Zum anderen sei die Gefahr, im Gespräch eine juristisch verbindliche Anerkenntnis abzugeben, minimal: „Dazu müssten Sie schon einen Satz sagen wie 'Ich erkenne meine Schuld an und verpflichte mich zum Schadenersatz',“ sagte Jaklin.

Keineswegs, so der Experte, gelte es als Anerkenntnis, wenn man sich bemühe, Tatsachen korrekt darzustellen und medizinische Sachverhalte zu erläutern. Der Arzt könne dem Patienten also z.B. erklären, dass bei der Operation bedauerlicherweise der Harnleiter durchtrennt wurde, oder wie es dazu kam, dass er mit einem anderen Patienten verwechselt wurde.

Dr. Elke Oberhofer

Pssssst? Im Fall eines Kunstfehlers ist das keine gute Idee. Reden Sie mit Ihren Patienten!

134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 21. bis 24. März 2017 in München

© DDrRockstar / stock.adobe.com