



Foto: Stockphoto

BEHANDLUNGSFEHLER IM KRANKENHAUS

Offenlegen – entschuldigen – entschädigen

Im Umgang mit Behandlungsfehlern können wir von den USA lernen. Ein Plädoyer für Disclosure-Apology-and-Offer-Programme

Die aktuelle Jahresstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bringt ein leidiges Thema wieder auf den Tisch: Behandlungsfehler und Schadensersatzklagen. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben 2012 insgesamt 12 483 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erfasst, in 31,5 Prozent der Fälle wurde ein Behandlungsfehler bestätigt (1). Da kein zentrales Meldesystem für Behandlungsfehler existiert, gibt es auch unterschiedliche Zahlen: Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt eine Zahl von 40 000 bis 170 000 Behandlungsfehlern jährlich (2), das Aktionsbündnis Patientensicherheit geht von deutlich höheren Zahlen aus (3).

Die Frage ist, ob Behandlungsfehler am besten dort geklärt werden sollten, wo sie entstehen: im Krankenhaus, vom Behandlungsteam und Patienten gemeinsam. Und nicht vor Gericht, beim Anwalt oder in Schlichtungsstellen. Programme

in den USA zeigen, dass so Kosten, Zeit und Nerven auf allen Seiten eingespart werden können. In „Disclosure, Apology and Offer Programs“ (kurz: DAOs) teilen Krankenhäuser Patienten unmittelbar und aus eigener Initiative heraus Behandlungsfehler mit (Disclosure), entschuldigen sich für diese (Apology) und bieten für Schäden eine finanzielle Entschädigung an (Offer). DAOs können Zeit und Kosten sparen, eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitssystems erlauben und die Würde des Arztes und Patienten beachten. Nicht zuletzt wird das Vertrauen der Patienten in das Behandlungsteam wiederhergestellt.

Kosten und Zeit sparen

Zwei Krankenhäuser in den USA haben ihre Erfahrungen mit DAOs bisher evaluiert und in der Fachliteratur Beachtung gefunden:

- Das Veteran Affairs Hospital in Lexington führte bereits 1987 ein DAO ein und hat damit gute Erfahrungen gemacht. Von 1990 bis 1996

wies Lexington im Vergleich mit anderen Veteran-Affairs-Krankenhäusern zwar pro Arbeitsaufwand mehr Schadensforderungen wegen Fehlbehandlung auf, allerdings insgesamt keine überdurchschnittlichen Entschädigungszahlungen (4). Dies ist auf geringere Entschädigungszahlungen pro Behandlungsfehler zurückzuführen. Kraman und Kollegen vermuten außerdem, dass das Krankenhaus Einsparungen durch eine kürzere Prozessdauer pro Fall verbuchen konnte (4).

- Das University of Michigan Health Care System führte von 2001 bis 2003 ein DAO ein, welches Entschuldigungen für fahrlässiges Handeln beinhaltete (5) und meldete einen beeindruckenden Rückgang der Kosten für Schadensforderungen (6) (Tabelle). In allen relevanten Kennzahlen bezüglich Schadensersatzklagen und außergerichtlicher Einigung ist ein starker Rückgang zu verzeichnen. Allerdings wurde zur gleichen Zeit die gesetzliche Haftungsgrundlage in Michigan reformiert, so dass unklar bleibt, zu welchen Anteilen der Kostenrückgang jeweils auf die Gesetzesänderung und die DAO-Einführung zurückzuführen ist.

Es gibt in den USA aber auch Forscher und Ärzte, die überzeugt sind, dass eine großflächige Einführung von DAOs höhere Kosten verursachen würde. Denn wenn wesentlich mehr Patienten durch die freiwillige Offenlegung des Krankenhauses von Behandlungsfehlern erfahren, gäbe es auch eine wesentlich größere Zahl von potenziellen Klägern (7). Studdert und Kollegen (8) vermuten, dass die Zahl der Schadensforderungen sich mehr als verdoppelte. Selbst bei 40 Prozent Einsparungen pro Entschädigungszahlung (im Vergleich: Das Michigan Health Care System hatte 60 Prozent an Einsparungen für Entschädigungszahlungen und Prozesskosten zusammen angegeben) wäre nach ihrer Schätzung eine Erhöhung der Kosten sehr wahrscheinlich. Nach einer repräsentativen Umfrage von Lamb und Kollegen (9) gehen 37 Prozent der befragten Hospital-Risk-Manager in den USA davon aus, dass Klagen aufgrund von Behandlungsfehlern nach einer DAO-

Einführung zunehmen würden, während 33 Prozent eine Abnahme und 25 Prozent keinen Unterschied vermuten. Allerdings basieren diese Schätzungen lediglich auf Expertenmeinungen und nicht auf tatsächlichen Patientenreaktionen. Ob DAOs durch geringere Kosten pro Forderungsfall die wahrscheinlich höhere Zahl von Forderungsfällen kompensieren können, lässt sich deshalb nicht mit Sicherheit sagen.

In Deutschland könnten bei der Einführung von DAOs auch mehr Forderungen gestellt werden, weil viele Patienten heute nicht wissen, was sie im Fall eines Behandlungsfehlers tun können (3). Gleichsam bleibt das Potenzial zur Einsparung, weil Offenheit und Entschuldigungen schneller und zu einer geringeren Entschädigungssumme führen können. Da in Deutschland aber mangels eines zentralen Melderegisters für Behandlungsfehler weder exakte Angaben über die Zahl der Klagen verfügbar sind, noch nach Kenntnisstand der Autoren DAOs überhaupt erprobt wurden, ist eine Abschätzung für Deutschland fast unmöglich. Ein Modellversuch, der sich an den positiven Erfahrungen in Michigan und Lexington orientiert, wäre ein erster Schritt, um sich Klarheit über die finanziellen Auswirkungen von DAOs in Deutschland zu verschaffen.

Aus Fehlern lernen

Die Identifizierung von Fehlerquellen in der zunehmend komplexeren medizinischen Versorgung bedingt zudem einen offenen Umgang mit Behandlungsfehlern. An erster Stelle der bestätigten Behandlungsfehler stehen Fehler beim therapeutischen Eingriff. Weitere Behandlungsfehler passieren im Bereich des Therapiemanagements, der Diagnosestellung, Aufklärung und Dokumentation. Behandlungsfehler bei pflegerischen Maßnahmen, Organisation, diagnostischem Eingriff und Medizinprodukt stellen weniger als zehn Prozent aller bestätigten Behandlungsfälle dar (10). Dies muss allerdings nicht bedeuten, dass Fehler innerhalb des Organisationsprozesses weniger bedeutend sind.

Ganz im Gegenteil muss man annehmen, dass Fehler in der Medizin weniger auf das Versagen Einzelner zurückzuführen sind, als dass sich durch die zunehmende Komplexität in der Patientenversorgung Fehler durch das Zusammenspiel von Personen ergeben. Die Schuld ist letztlich beim komplexen Prozess zu suchen. Eine offene Fehlerkultur ist umso wichtiger, um überhaupt Schnittstellenschwächen im System zu identifizieren und beheben zu können.

In Deutschland zeichnen sich bereits Schritte hin zu dieser neuen

Wiederherstellung des Vertrauens setzt Aufklärung und Zuhören voraus. Dem Patienten oder seinen Angehörigen zuzuhören, leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass sich dieser in seiner Person geachtet und respektiert fühlt. Diese Gespräche zu führen, ist nicht einfach. Sie können den Patienten schwer enttäuschen, wenn sie dessen Bedürfnisse nicht erreichen (11). Außerdem bedeuteten Konflikte eine große emotionale Belastung für das Behandlungsteam und sollten nicht ohne vorheriges Kommunikationstraining geführt werden (12).

TABELLE

Effekte der Einführung des DAO am University of Michigan Health Care System

	1995–2003	2003–2007	Reduktion um
Zahl der Neuforderungen pro 100 000 Patienten und Monat	7,03	4,52	35 %
Entschädigungszahlungen und Prozesskosten pro Monat und \$ 1 000 Betriebseinkommen	\$ 18,91	\$ 7,78	60 %
Prozessdauer (median)	1,36 Jahre*	0,95 Jahre*	30 %

Quelle: (6), *Prozessdauer wurde 1995–2001 und 2001–2007 erhoben.

Fehlerkultur ab: Im Critical Incident Reporting System (CIRS) können Beschäftigte Beinaheunfälle und kritische Ereignisse anonym im Internet oder im Intranet melden. Eine Expertenkommission begutachtet die Vorfälle und schlägt Lösungsmöglichkeiten vor. Dadurch, dass die Vorfälle und die Lösungsmöglichkeiten von anderen Beschäftigten des Gesundheitswesens eingesehen werden können, kann jeder aus diesen Fehlern lernen. Dieses System unterstützt eine positive Fehlerkultur und ist somit ein wichtiger Beitrag, Behandlungsfehler zu vermeiden. DAOs könnten diesen Prozess aktiv unterstützen, so dass auch im Krankenhaus intern ein offener Umgang mit Fehlern möglich wird und Ärzte weniger um ihre Reputation fürchten müssen.

Respektvoller Umgang

Ein offener Umgang mit Fehlern bedeutet ebenfalls einen Fortschritt für Arzt und Patient. Beide können auch nach einem Fehler ehrlich miteinander umgehen, wenn das Vertrauensverhältnis erschüttert ist. Ei-

Dennoch bieten DAOs eine große Chance: Der Arzt kann sein wahres Bedauern ausdrücken und sich entschuldigen, ohne um seine Reputation oder finanzielle Konsequenzen fürchten zu müssen, weil das Krankenhaus die Entschädigung übernimmt. Der Patient erhält eine Antwort, kann seine Perspektive darstellen und womöglich dem Arzt sogar verzeihen. In deutschen Krankenhäusern, in denen eine Beschwerdestelle implementiert ist, zeigt die Erfahrung schon jetzt, dass Patienten oft von einer Klage absehen, wenn ihr Fall gehört wird und sich die jeweilige Klinik entschuldigt. Wenn der Patient zudem noch die Perspektive des Arztes beziehungsweise der Klinik erkennt, kann er möglicherweise sogar verstehen, warum es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist.

Das aktuelle Patientenrechtegesetz macht einen wichtigen Schritt in Richtung Information und Transparenz für Patienten (13). Es basiert allerdings klar auf einem juristischen Weltbild, in dem Arzt, Krankenhaus und Patient Rechte haben,

die sie notfalls gegeneinander durchsetzen können, um zu einer (juristisch) fairen Lösung zu kommen. Dieser Ansatz von juristischen Rechten ist dem Vertrauen und der Fürsorge, welche den Grundsatz jeder Arzt-Patienten-Beziehung bilden, diametral entgegengesetzt. US-amerikanische Entwicklungen zeigen, dass Fürsorge, Offenheit und Vertrauen auch dann Leitsätze in einer Arzt-Patienten-Beziehung sein können, wenn etwas schiefgegangen ist. Umgehende Aufklärung über den Behandlungsfehler (Disclosure) in Verbindung mit einer Entschuldigung (Apology) und einem Entschädigungsangebot (Offer) bieten Ärzten und Patienten die Möglichkeit eines gemeinsamen Ansatzes für den Umgang mit Behandlungsfehlern, der die Arzt-Patienten-Vertrauensbeziehung und die Würde aller Beteiligten erhält.

Der Unterschied zur Mediation und Streitschlichtung sind die Struktur und der Ort des Gesprächs. Das DAO findet direkt am Ort des Geschehens statt, und der Vorfall wird nicht an eine dritte Person delegiert. Das hat den Vorteil, dass das Grundbedürfnis von Arzt und Patient – ein ehrlicher und vertrauensvoller Umgang miteinander – erfüllt wird.

Das Patientenrechtgesetz, das Aktionsbündnis Patientensicherheit, CIRS, die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern (14) und die Beschwerde- und Mediationsstellen in Krankenhäusern sind alle Teil einer Entwicklung hin zu einem offeneren und würdevollen Umgang mit Behandlungsfehlern. Ein DAO-Modellversuch in Deutschland wäre der nächste logische Schritt, um den Umgang mit Behandlungsfehlern weiter zu verbessern und eventuell sogar Kosten durch Schadensersatzklagen zu reduzieren. ■

Martin Freres, BA

Fulbright Scholar, Pepperdine University School of Law's, Straus Institute for Dispute Resolution & The Chicago School of Professional Psychology in Los Angeles

Cornelia Walter, MBA

Mediatorin, University of Southern Queensland

@ Literaturverzeichnis im Internet
www.aerzteblatt.de/lit4013



Foto: Regina Kalkert

ENTWICKLUNGSPARTNERSCHAFT

Ruandas schweres Erbe

Ruanda leidet noch immer unter den traumatischen Folgen des Völkermordes. Im Gesundheitssystem herrscht Mangel, aber Präsident Kagame strebt nach wirtschaftlichem Aufschwung.

Zehn Tage lang war ich ein Muzungu – so lautet die Bezeichnung für Weiße in Ruanda. Hinter mir liefen scharenweise lachende Kinder her, die mich – das Bleichgesicht – neugierig beäugten, als ich im Juni 2013 das zentralafrikanische Land bereiste.

Die Einladung der Mitarbeiterin einer Entwicklungshilfe-Partnerschaft, die Rheinland-Pfalz mit Ruanda seit mehr als 30 Jahren unter-

Ein Liter Trinkwasser kostet in Ruanda 15 Cent – günstig für Europäer, für einen Ruander fast unerschwinglich.

hält, kam kurzfristig: Projekte sollten besucht werden. Über Addis Abeba nach Kigali, der Hauptstadt von Ruanda. Gelbfieberimpfung und Malariaphylaxe im Gepäck, außerdem Altkleider und Buntstifte, ein Visum ist für einen Deutschen nicht nötig. Bei der Ankunft: eine UN-Maschine auf dem Rollfeld und strenge Sicherheitsbeamte, die mich der Duty-free-Plastiktüte ent-

ledigen, in der die Reiselektüre eingeführt werden sollte. Nicht Bücher, aber Plastiktüten sind verboten – Präsident Paul Kagame möchte ein Land ohne Müll. Mit Erfolg: In keinem Land des afrikanischen Kontinentes sind die Straßen so sauber wie in Ruanda.

In Kigali lebt man als Europäer in einem großen kühlen Haus mit hoher Mauer und einem Wächter. Rund um die Uhr passt er auf seinen „Weißen“ auf. Monatslohn 50 bis 80 Euro, das ernährt sicher eine Familie. Die ruandische Bevölkerung wohnt meistens in einer Hütte aus Lehm und Ziegeln. Ziegelbrennen verbraucht Holz, und bisher bediente man sich hemmungslos an den Eukalyptuswäldern. Heute ist das Fällen eines Baumes im „Land der tausend Hügel“ verboten – nicht jedoch das Abschlagen der Äste. Es bleiben lichte Wälder mit bis in die Baumkronen kahlen Stämmen zurück. Die Hütten in Ruanda haben seit 2011 kein Strohdach mehr. Verboten wegen der Brandgefahr, da in

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 40/2013, ZU:

BEHANDLUNGSFEHLER IM KRANKENHAUS

Offenlegen – entschuldigen – entschädigen

Im Umgang mit Behandlungsfehlern können wir von den USA lernen. Ein Plädoyer für Disclosure-Apology-and-Offer-Programme in deutschen Krankenhäusern

LITERATUR

1. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS): Behandlungsfehlerstatistik 2011: MDK erstellen mehr als 12 500 Gutachten – 30 Prozent der Vorwürfe bestätigt. www.mds-ev.de/3971.html (last accessed on 31 May 2013).
2. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Behandlungsfehler. www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html (last accessed on 31 May 2013).
3. Aktionsbündnis Patientensicherheit: Reden ist Gold: Kommunikation nach einem Zwischenfall. www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/Reden_ist_Gold_final.pdf (last accessed on 31 May 2013).
4. Kraman SS, Hamm G: Risk management: Extreme honesty may be the best policy. *Annals of Internal Medicine* 1999; 131(12): 963–76.
5. Boothman RC, Blackwell AC, Campbell DA, Commiskey E, Anderson S: A better approach to medical malpractice? The University of Michigan experience. *Journal of Health & Life Sciences Law* 2009; 2(2): 125–59.
6. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MAM: Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program. *Annals of Internal Medicine* 2010; 153: 213–21.
7. Cotton VR: The other side of apology. *Physician Insurer* 2013; 3rd Quarter: 30–3.
8. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC: Disclosure of medical injury to patients. An improbable risk management study. *Health Affairs* 2007; 26(1): 215–26.
9. Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RMJ, Berwick DM, Brennan TA: Hospital disclosure practices: Results of a national study. *Health Affairs* 2003; 22(2): 73–83.
10. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS): Behandlungsfehler – Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresbericht 2012. www.mds-ev.de/media/pdf/8_-_Be_richt_BHF-Begutachtung_2012_final.pdf (last accessed on 31 May 2013).
11. Ledema R, Allen S, Britton K, et al.: Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the „100 patient stories“ qualitative study. *BMJ* 2011; 343.
12. Liebman CB, Hyman CS: A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Affairs* 2004; 23(4): 22–32.
13. Bundesministerium der Justiz (BMJ). www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 31 May 2013).
14. Bundesärztekammer: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Wegweiser_Gutachterkommissionen_082011.pdf (last accessed on 31 May 2013).