

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 18 · Heft 1 · 2011

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Fehlerkultur in der
Medizin**

**Error Culture in
Medicine**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzofer (Interne Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Johannes Bonelli, Thomas Piskernigg Die Gesetzes-Novelle zur „Kind als Schaden“-Judikatur: längst fällig!
Schwerpunkt	9	Clemens Sedmak Fehler, Verantwortung und Vertrauen
	21	Markus Schwarz Interne Kommunikation: Fehleraufarbeitung im Team
	29	Titus Gaudernak, Enrique H. Prat Kommunikation bei Behandlungsfehlern aus ethischer Sicht
	39	Michael Memmer Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern
Aus der Praxis	49	Astrid Engelbrecht Fehlerkultur in der Pflege: eine Betrachtung aus der Praxis
	55	Gabriele Cerwinka Umgang mit Angst, Scham und Schuld bei Fehlern
Nachrichten	61	
Zeitschriftenspiegel	66	
Buchbesprechungen	67	
Ankündigung	74	Symposium „Lebensstil und persönliche Verantwortung“

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5. 6. 1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel: +43-1-715 35 92, Fax: +43-1-715 35 92-4, eMail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Bischof DDr. Klaus Küng, Diözesanbischof St. Pölten

Ehrw. Mutter Sr. Gabriela Trenker, Präs. MR Dr. Walter Dorner, Gen.-Dir. Prof. Dr. Josef Kandlhofer,

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Wien

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. Prat, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,

T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4 · eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schlossgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10 zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40, Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

Bankverbindung: BA-CA, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800, IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.

Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 14. März 2011

Diese Ausgabe wird unterstützt von:

- UNIQA
- Österreichische Ärztekammer
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Gesunde Niere entfernt, falsches Bein amputiert: Es sind tragische Ereignisse, mit denen die Medizin mitunter Schlagzeilen macht. Unwillkürlich drängen sich dabei Fragen auf: Wie lassen sich solche Fehler vermeiden? Wer trägt dafür Verantwortung? Was heißt Schuld? Lassen sich Fehlerquellen früher erkennen? Was ist in der internen Kommunikation schief gelaufen? Wie sagt man es dem Patienten? Jeden Arzt macht es betroffen, wenn ihm ein Fehler unterläuft, und kaum einer wird ein solches Missgeschick mit der Ausrede wegstecken: „Ja, Irren ist halt menschlich!“ Zumindest im stillen Kämmerlein wird er sich seinen Fehler eingestehen und innerlich lange daran arbeiten, denn: Solche Fehler geschehen weder absichtlich noch im Alleingang.

Ganz anders ist freilich meist die Reaktion nach Außen, die – aus Angst vor gerichtlicher Verfolgung, Regressionsforderungen und anderen Sanktionen – von einer eher rigorosen Abwehrhaltung geprägt ist. Autoritäts- und Abhängigkeitsverhältnisse steigern die Furcht vor Strafmaßnahmen, und die Schweigespirale macht anfällig für weitere Fehler.

Behandlungsfehler der Ärzte und deren Konsequenzen sind erst in den letzten Jahren zunehmend in den Brennpunkt der Gesundheitsdebatte und der Qualitätssicherung gerückt. Diese Debatte spielt sich jedoch meistens nur auf juristischer und finanzieller Ebene ab, womit niemandem, weder den Patienten, noch der Ärzteschaft gedient ist. Klar ist: Aus Fehlern soll man lernen – aber die Frage ist, wie.

Im Kern geht es um einen vernünftigen Umgang miteinander in einer kritischen, existentiellen Notsituation, die natürlich in erster Linie den Patienten, aber auch den Arzt empfindlich trifft. Es liegt daher im Interesse aller Beteiligten, solche Fehler von vornherein zu vermeiden. Mit Qualitätsmanagement alleine wird man diese Probleme nicht lösen können. Wer meint, eine Fehlerkultur bauen zu können, ohne die Voraussetzung einer Vertrauenskultur, der baut im luftleeren Raum, denn letztlich handelt es sich in dieser Frage auch um eine ethisch-menschliche Herausforderung.

Die Festlegung von Standards, Checklisten und Kontrollmechanismen sind unverzichtbar. Gleichzeitig ist eine ethische

Kompetenz gefordert, die weit über die reine Pflichterfüllung hinaus geht. Es sind vor allem die menschlichen Tugenden des Verantwortungsbewusstseins, der Wahrheitsliebe und des gegenseitigen Vertrauens, die als Eckpfeiler einer hochqualifizierten Krankenbetreuung zu fordern sind. Es lassen sich auch nicht die Prinzipien der Fehlerkultur in der Luftfahrt 1:1 auf die Fehlerkultur in der Medizin übertragen, wie das heute gerne gemacht wird. Die Voraussetzung einer erfolgreichen Heilbehandlung ist nach wie vor eine ungetrübte und vertrauensvolle Arzt/Patientenbeziehung, die im Bereich der Medizin einzigartig und unverzichtbar ist. Deshalb sollten medizinischer Hausverstand und Wohlwollen immer noch Priorität über jedwede Art starrer Checklisten-Medizin haben. Die Verbesserung der Qualität setzt immer auch eine Steigerung der ethischen Kompetenz voraus.

Diesen Fragen ist IMABE in Kooperation mit der AUVA, der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherung in einem vielbeachteten Symposium mit hochkarätigen Referenten nachgegangen. In der vorliegenden Ausgabe dieser Zeitschrift liegt ein Großteil dieser Referate vor.

Astrid Engelbrecht (Pflegedirektorin im KH-Hietzing, Wien) weist in ihrem Beitrag darauf hin, dass Pflegende als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle in der Identifizierung und Vermeidung von Fehlern einnehmen und gibt dazu Beispiele aus der Alltagspraxis. Der Beitrag von Gabriele Cerwinka (Kommunikationstrainerin, Wien) behandelt den Umgang mit Angst, Scham und Schuld bei Fehlern und plädiert für die Schaffung einer Kommunikationsstruktur, die das Eingestehen von Fehlern zulässt. Der Unfallchirurg und jahrelange Ärztliche Leiter der Unfallabteilung des LKH Mödling, Titus Gaudernak, zeigt gemeinsam mit dem Ethiker Enrique Prat (IMABE) auf, wie das Arzt-Patienten-Verhältnis, das nach einem Fehler in die Krise geraten ist, aus prinzipien- und tugendethischer Sicht wieder hergestellt werden kann. Sie erläutern dabei sechs Kriterien der patientenorientierten Kommunikation bei Behandlungsfehlern. Markus Schwarz, Unternehmensberater und vormals Wirtschaftsdirektor der Christian-Doppler-Klinik Salzburg, betont, dass Strategien zum Aufbau einer echten Teamkultur unbedingt von der Führungsetage getragen sein müsse. Er geht in seinen Ausführungen auf die interne Kommunikation und Fehleraufarbeitung im Team ein und verweist auf die richtige Balance des Fehlermanagements: Fehler sollten demnach nicht dem Individuum angelastet, sondern in einem größeren Kontext betrachtet werden. Denn in der Regel ist ein Fehler auf ein Fehlverhalten

mehrerer Beteiligten zurückzuführen. Der Jurist Michael Memmer (Universität Wien) stellt Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern vor, insbesondere Einrichtungen zur außergerichtlichen Konfliktlösung. Der Philosoph Clemens Sedmak (Universität Salzburg) beschäftigt sich mit der Frage nach der Ethik in der Fehlerkultur. Er identifiziert drei ethische Brennpunkte, die die Entwicklung einer ethisch verantwortbaren Fehlerkultur in der Medizin ermöglichen: eine Ethik der Kommunikation, eine Ethik des Lernens und eine Ethik der Verantwortung.

Insgesamt ergeben die Beiträge einen umfassenden Überblick über die Problematik und die Zielsetzungen einer effektiven Fehlerkultur nach den Anforderungen heutiger moderner Gesundheitseinrichtungen.

J. Bonelli

Johannes Bonelli, Thomas Piskernigg

Die Gesetzes-Novelle zur „Kind als Schaden“-Judikatur: längst fällig!

The Amendment to the "Child as Damage" Judicature: Long Overdue!

Der Oberste Gerichtshof hat sich in den letzten Jahren mehrmals in widersprüchlicher Weise mit dem Problem „Kind als Schaden“ befasst. Die Frage, ob der Unterhalt für ein unerwünschtes Kind überhaupt unter den Schadensbegriff des bürgerlichen Rechts fällt, wird auch in der juristischen Diskussion kontrovers beurteilt.

Kindesunterhalt und kindliche Existenz sind nicht „trennbar“

Manche versuchen, die Existenz des Kindes von seinen Unterhaltsansprüchen zu „trennen“, um bei der Bejahung des Schadenersatzes für den Kindesunterhalt nicht bei einer Negativbewertung der kindlichen Existenz selbst zu enden. Dies widerspräche der Menschenwürde des Kindes, derentwegen jede Person um ihrer selbst willen (als „Selbstzweck“, wie Immanuel Kant sagt) respektiert werden muss. Meist bleibt es bei diesen „Trennungsversuchen“ freilich bei bloßen Behauptungen, wenngleich mit umso größerem Verve vorgetragen: Die Gegenmeinung stelle eine unzulässige „Emotionalisierung“ dar (Helmut Koziol, Zivilrechtler, Wien), sie gehe „am Thema vorbei“ (Ulrich Körtner, evangelischer Theologe, Wien) und sei eine „polemische Verkürzung“ (Peter Husslein, Gynäkologe, Wien). Sieht man sich allerdings die Argumente dieser professoralen „Trennungstheoretiker“ an, so bleiben sie in ihrem sachlichen Gehalt doch recht deutlich hinter den starken Ankündigungen zurück. Das ist auch für den Nichtjuristen, der sich ein wenig damit auseinandersetzt, klar erkennbar.

Der Oberste Gerichtshof verweist zur Untermauerung seiner „Trennungsthese“ etwa darauf, dass nicht nur die Geburt eines Menschen, sondern

auch sein Tod Schadenersatzansprüche nach sich ziehen könne (z. B. wenn der Mörder für die unterhaltsberechtigten Hinterbliebenen seines Opfers den Unterhalt zahlen muss). Beim Tod werde dies nicht als problematisch angesehen, daher müsse man auch aus der Geburt resultierende Schadenersatzansprüche akzeptieren.

Diese Argumentation beweist freilich exakt das Gegenteil von dem, was der Gerichtshof zu belegen versucht: Die Qualifikation des Todes eines Menschen als Schadensfall steht nämlich im Einklang mit der positiven Bewertung seiner Existenz bzw. verstärkt sie sogar: Wäre der Tod nicht eingetreten, gäbe es den Schadensfall gerade nicht. Die Normen, welche die rechtswidrige Tötung oder Verletzung mit haftungsrechtlichen Konsequenzen belegen, haben somit eine für die Existenz bzw. Integrität eines Menschen positive Signalwirkung. Der rechtswidrig Handelnde muss sich demgemäß sagen: Hätte ich bloß das Leben bzw. die Integrität des anderen respektiert, die Haftpflicht wäre mir erspart geblieben.

Das Gegenteil trifft in den „Kind als Schaden“-Fällen zu. Hier muss sich der Schadenersatzpflichtige z. B. sagen: Hätte ich bloß den (damals noch ungeborenen) Behinderten rechtzeitig zur Tötung selektiert, existierte er nun nicht, und ich wäre nicht mit Schadenersatzforderungen konfrontiert.

Auch Helmut Koziol versuchte schon vor längerer Zeit, in seinem Standardwerk über das Österreicherische Haftpflichtrecht die „Trennungstheorie“ zu begründen: Kaufe ein Vertreter gegen den Willen des Vertretenen ein Luxusfahrzeug, liege der Schaden des Vertretenen in der Verpflichtung, den Kaufpreis für das unerwünschte Auto zu zahlen. Eine Negativbewertung des Fahrzeugs an sich

sei damit nicht verbunden.

Nun mag es schon sein, dass der Vertretene keine „grundsätzliche“ Abneigung gegen Luxusautos hegt; das konkrete, vom Vertreter unzulässigerweise beschaffte lehnt er aber eben doch ab. Auf familiäre Beziehungen umgemünzt: Was nützt es dem behinderten Kind, wenn seine Eltern im allgemeinen „Menschenfreunde“ sind, die Unterhaltspflicht für ihr ganz konkret vor ihnen stehendes Kind als notwendige Bedingung seiner Existenz – und damit logisch zwingend das Kind selbst – aber ablehnen (sonst könnten sie diese Pflicht ja nicht als Schaden deklarieren, was stets eine Negativbewertung bedeutet)?

Somit zeigt sich: Selbst die renommiertesten Vertreter der These, man könne Existenz und Unterhalt eines Kindes „fein säuberlich“ trennen, zeigen in ihren konkreten Argumenten selbst für den juristischen Laien klar erkennbar eine gewisse Hilflosigkeit. Dies liegt nicht an ihrer – sicher hervorragenden – intellektuellen Kapazität, sondern in der Natur ihres vergeblichen Versuchs, gegen Evidenzen zu argumentieren. Es gilt eben nach wie vor: *contra factum non valet argumentum*.

Diskriminierung Behinderter

Allgemein anerkannt wird, dass die derzeitige Praxis der Rechtssprechung unbefriedigend ist, weil sie eine Ungleichbehandlung von behinderten und gesunden Kindern beinhaltet. Während nämlich für den Obersten Gerichtshof die Geburt eines gesunden – wenn auch unerwünschten – Kindes unter keinen Umständen Ursache für einen ersatzfähigen Schaden darstellt, kann ein behindertes Kind zum Schadensfall werden, wenn die Behinderung vom Arzt nicht entdeckt wurde und die Mutter nun im Nachhinein behauptet, sie hätte das Kind abgetrieben, falls sie die Behinderung rechtzeitig erfahren hätte. Der Gerichtshof hat zwar verschiedentlich erklärt, dass seine Urteile keine Diskriminierung Behinderter enthalten.

Doch auch hier – wie bei der „Trennung“ zwischen Existenz und Unterhalt des Kindes – versucht

er freilich, gegen klare Evidenzen zu argumentieren – und hier zeigt sich der Kernpunkt des Skandals, den die derzeitige Rechtsprechung mit sich bringt: Das Schicksal des behinderten Kindes, das eigentlich gegen den Willen der Eltern einer Abtreibung entkommen ist. Da treten also Mutter und Vater vor ihr Kind, um ihm zu erklären: „Wenn wir rechtzeitig gewusst hätten, wie du beschaffen bist, hätten wir dich beizeiten beseitigt. Aber leider ist dem Arzt ein Fehler passiert, sodass wir jetzt deine Existenz ertragen müssen.“ Die lebenslängliche psychologische Bürde für ein Kind mit einem derart vernichtenden Werturteil seiner Eltern, kann wohl niemals mit Geld aufgewogen werden.

Gesetzesinitiative der Justizministerin ist mit haftungsrechtlichen Prinzipien im Einklang, die bisherige Rechtsprechung nicht

Festzuhalten ist, dass die Gesetzesänderung keineswegs die sonst gültigen Regeln der Schadenshaftung selektiv für die Pränataldiagnostik aufhebt, wie fälschlicherweise von einigen Gegnern des Gesetzesentwurfes suggeriert wird. In Wirklichkeit ist es gerade umgekehrt: Während ein Arzt in allen anderen Fällen nur dann schadenersatzpflichtig wird, wenn aufgrund eines schuldhaften Verhaltens tatsächlich ein Schaden entsteht, werden Ärzte in der Pränataldiagnostik nach der derzeitigen Judikatur verurteilt, obwohl sie keinen Schaden verursacht haben. Vielmehr haben sie durch eine Fehldiagnose indirekt eine Abtreibung *verhindert* und damit letztlich ein Leben gerettet.

Es ist keine Frage, dass eine derartig abwegige Rechtsprechung revidiert werden muss. Justizministerin Claudia Bandion-Ortner hat wiederholt darauf hingewiesen, dass auch nach dem neuen Gesetzesentwurf ein Arzt, der schuldhaft einen Schaden verursacht und z. B. eine behandelbare Fehlbildung übersieht, selbstverständlich weiterhin schadenersatzpflichtig bleibt. Nur wenn eine Behinderung alleine durch eine Abtreibung „abgewendet“ hätte werden können, soll nach dem neuen Gesetzesentwurf ein Ersatzanspruch ausgeschlossen

sen werden, weil die Existenz eines behinderten Menschen kein Schadensfall sein kann.

Tendenz zur „Defensivmedizin“ soll durchbrochen werden

Die Judikatur des Obersten Gerichtshofes hat auch zu einer großen Unsicherheit innerhalb der Ärzteschaft geführt und Tendenzen zu einer Defensiv- und Absicherungsmedizin ausgelöst. Tatsächlich ist die Medizin nicht eine so exakte Wissenschaft, wie sich das manche Leute wünschen würden. Vielmehr gibt es neben den eindeutigen Diagnosen auch viele Verdachtsfälle, die in einer Grauzone liegen. Durch die jetzige Rechtsprechung besteht die Gefahr, dass Ärzte aus Selbstschutz möglicherweise einen Beratungsstil entfalten, der im Zweifel auf Abtreibung gerichtet ist. Deshalb wurde der Vorstoß der Bundesministerin insbesondere auch von der Österreichischen Ärztekammer sowie großen Teilen der Ärzteschaft positiv aufgenommen.

Umso bedauerlicher ist die Auffassung des Wiener Gynäkologen Peter Husslein. Er behauptet, dass im Falle einer Gesetzesänderung die Qualität der Pränataldiagnostik schwer leiden würde. Schon in der Vergangenheit hätten Ärzte laut Husslein mit der geringsten Erfahrung in den Ultraschall-Ambulanzen Dienst versehen, die dann, weil keine Schadenshaftung droht, schlampige Untersuchungen durchführen, um festzustellen, dass ohnehin „alles in Ordnung“ sei.

Dem ist entgegenzuhalten: Gott sei Dank dürfte es nur sehr wenige Gynäkologen geben, die die Qualität ihres ärztlichen Handelns vorwiegend an der drohenden Schadenshaftung ausrichten. Abgesehen davon geht diese Argumentation insofern ins Leere, als, wie gesagt, der Arzt für die korrekte Diagnose behandelbarer Fehlbildungen in der Pränataldiagnostik nach wie vor haftbar ist. Gerade um solche Fälle zu entdecken, ist aber eine gewissenhafte und hochqualifizierte Pränataldiagnostik nach wie vor unabdingbar. Im übrigen bleibt auch nach der Novelle Schadenersatz für „Schockschä-

den“ und wohl auch für Vermögensschäden (z. B. höhere Aufwendungen für behindertengerechte Raumausstattung etc. als bei entsprechender Vorbereitungszeit) der Eltern denkbar, die daraus resultieren, dass sie unvorbereitet mit einem behinderten Kind konfrontiert sind.

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Dr. Thomas J. Piskernigg
Korrespondenz: c/o IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Dr. Piskernigg ist Prüfbeamter der Volksanwaltschaft. Der Beitrag gibt die persönliche Meinung des Autors wieder.

Clemens Sedmak

Fehler, Verantwortung und Vertrauen

Ethische Perspektiven auf eine medizinische Fehlerkultur

Errors, Responsibility, and Trust. Ethical Perspectives of a Culture of Medical Error

Zusammenfassung

In diesem Text geht es um die Frage nach einer ethisch verantwortbaren Fehlerkultur in der Medizin. Es werden einige Begriffe wie „shifting“, „moralischer Minimalismus“ oder „discontinuity of care“ vorgestellt, die den Blick auf die Notwendigkeit schärfen, mit Fehlern aus ethischen und strategischen Gründen offen umzugehen. Im Zusammenhang mit medizinischen Fehlern identifiziert der Autor drei ethische Brennpunkte, die die Entwicklung einer ethisch verantwortbaren Fehlerkultur ermöglichen: eine Ethik der Kommunikation, eine Ethik des Lernens und eine Ethik der Verantwortung.

Schlüsselwörter: Medizinethik, Vertrauen, Fehlerkultur, Gesundheit, Verantwortung

Abstract

This text addresses the issue of a culture of ethics concerning medical errors. The terms “shifting”, “moral minimalism”, or “discontinuity of care” are being described, which sharpen the reader’s perspective on the need to deal openly with errors for ethical and strategic reasons. In the context of medical errors the author identifies three ethical foci that enable the development of an ethical error management culture: ethics of communication, ethics of learning and ethics of responsibility.

Keywords: Ethics in Medicine, Trust, Error Management Culture, Health, Responsibility

Univ.-Prof. MMag. DDDr. Clemens Sedmak
Zentrum für Ethik und Armutsforschung
Universität Salzburg
Franziskanergasse 1, A-5020 Salzburg
Clemens.Sedmak@sbg.ac.at

Die folgenden Überlegungen thematisieren eine philosophische Herangehensweise an die Frage nach Fehlern in der Medizin. Ich werde erstens versuchen, einen Beitrag zur Begriffsklärung zu leisten; zweitens wird es mir darum zu tun sein, ein kleines Wörterbuch mit hilfreichen Begriffen für die einschlägige Diskussion vorzustellen; drittens will ich ethische Perspektiven zu medizinischer Fehlerkultur ausweisen. Zuvor will ich zwei Vorbemerkungen machen:

Erstens: Wenn man als Philosoph über medizinische Fehler nachdenkt, wird es schwer sein, eine gewisse Selbstgefälligkeit zu vermeiden, für die ich mich eingangs entschuldigen möchte. Es dürfte sich ähnlich verhalten wie beim Abfassen von Konzertkritiken oder Rezensionen. Über letztere hatte John Updike einmal bemerkt: „It is almost impossible to avoid the tone of being wonderfully right.“ Dafür möchte ich mich bereits im Vorfeld entschuldigen. Zweitens: Wir leben in einer Kultur, die Schwierigkeiten hat, mit Fehlern umzugehen. Kathryn Schulz hat sich jüngst in einem einschlägigen Buch *Being wrong* mit dem Umgang mit Fehlern in unserer Kultur beschäftigt.¹ Wenn Perfektion gefordert ist und Fehler verpönt werden, stehen wir uns in Lernprozessen selbst im Weg – dieses Motiv von „kultivierter Fallibilität“ als Lernfaktor finden wir prominenterweise auch in Karl Poppers Schriften. Wir werden darauf zurückkommen, wie man Fehler mit „Hoffnung und Zukunft“ und nicht so sehr mit „Angst, Vermeidung und Vergangenheit“ verbinden kann.²

1. Begriffliches

1.1. Die Kluft zwischen Sein und Sollen

Fehler implizieren zumindest zwei Momente, wenn sie als solche erkannt werden: Zum einen ein Moment der *Durchbrechung*, ein Moment der *Disruption*. Wenn ich erkenne, dass ich einen Fehler gemacht habe, kann ich den eingeschlagenen und bisher verfolgten Handlungsweg nicht einfach fortsetzen. Ich werde in meinem Handlungsfluss durchbrochen und muss mich neu orientieren.

Zum anderen finden wir bei Fehlern eine Erfahrung von *Widerspruch*, von Widerspruch zwischen „Sein“ und „Sollen“. Gerade aus diesem Grund sind im Falle von Fehlern nicht selten Emotionen von Scham und Demütigung anzutreffen. Dies sind Emotionen, die anzeigen, dass eine Kluft zwischen Sein und Sollen aufgebrochen ist, zwischen der Weise, wie ich gemäß eigener oder gemäß an mich herangetragenem Standards sein soll, und der Weise, wie ich einzusehen habe, dass ich gehandelt habe oder „bin“. Weder Durchbrechung noch Widerspruch sind handlungs- und identitätsbestärkend, im Gegenteil: Sie machen das notwendig, was Erving Goffman seinerzeit als die Arbeit am Image beschrieben hat.³ So haben wir es auch mit Fragen von Anerkennung, Status, Identität zu tun, wenn wir von Fehlern sprechen.

1.2 Fehler vs. Irrtümer

„Medical errors“ werden in der Regel definiert als „an injury or illness caused by medical management, rather than by the underlying disease condition or condition of the patient.“⁴ Ein Fehler erzeugt ein ungewolltes Resultat. Es ist ein zweiter und eigener Schritt festzustellen, ob dieses nicht-intendierte Resultat wünschenswert oder nicht-wünschenswert ist. Nun kann ein „medical error“ ein „Fehler“ oder ein „Irrtum“ sein. „Fehler“ und „Irrtümer“ könnten insofern voneinander unterschieden werden, als letzere mit einem mentalen Zustand, erstere mit einer Praxis bzw. einer Handlung zu tun haben. Es kommt nicht von ungefähr, dass für „Fehlermachen“ das Bild des Irrweges verwendet wird („fehl gehen“). Fehler entstehen, um in diesem Bild zu bleiben, dadurch, dass man einen Weg verfolgt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, aber entweder der Weg sich als Irrweg herausstellt oder man von diesem Weg abweicht. In beiden Fällen ist das Resultat das Unvermögen, das beabsichtigte Ziel zu erreichen. Freilich setzt dieses Bild voraus, dass es „einen Weg zum Ziel“ gibt, der vielleicht auch noch – wie dies eine Landkarte ermöglicht – angezeichnet und ausgewiesen

werden kann. Das muss aber nicht der Fall sein: „In vielen Situationen versuchen wir etwas zum allerersten Mal, weshalb die Wahrscheinlichkeit, etwas falsch zu machen, sehr hoch ist. In solchen Fällen sind ‚Fehler‘ also nahezu *unvermeidbar*...“⁵ Wenn es sich so verhält, dass Fehler (nicht nur als Teil des allgemeinen Lebensrisikos) unvermeidbar sind, werden wir mit einer Kultur der Perfektionsversprechen und -ansprüche sorgsam umgehen müssen. Im Gesundheitsbereich wird sich dies etwa auf die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten ebenso auswirken wie auf die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Rechtssystem.

In der philosophischen Literatur findet man zwei große Modelle über Fehler und Irrtümer.

1.3 Das Modell des Mangels

Das Modell des Mangels rekonstruiert einen Fehler als einen Mangel an relevantem Wissen oder an einschlägigem Können, wobei es gesollt ist, dass die Person, die den Fehler gemacht hat, über dieses Wissen oder dieses Können verfügt. In einer Kurzform ausgedrückt: Fehler sind Mangel an gesolltem relevantem Wissen oder Können. Dieses Modell hat prominenterweise Descartes vertreten – zu finden in der vierten seiner „*Meditationes de prima philosophia*“. Ein Fehler wird als „*privatio scientiae*“, als Mangel an Wissen, das man hätte haben sollen, rekonstruiert. In diesem normativen Moment (Wissen, über das man eigentlich hätte verfügen müssen) liegt ein Moment von Schuld und Verantwortung – und damit die Idee der Vermeidbarkeit des Fehlers. An diese Beobachtung kann man sofort die Literatur über „Hindernisse auf dem Weg zum Wissen“ anschließen – nach Roger Bacon etwa sind es vier große Hindernisse auf dem Weg zum Wissen, die wir bedenken müssen: Die Meinung der vielen, die langandauernde Gewohnheit, die brüchige Autorität, die Eitelkeit.⁶ Nach Bacon hat es durchaus etwas mit vermeidbarem Versagen zu tun, wenn der Weg zum Wissen von diesen Hindernissen belastet ist. Ähnlich haben sich neben Descartes selbst auch Francis Bacon oder John Locke

Gedanken über vermeidbare Hindernisse auf dem Weg zum Wissen gemacht, die durch die Wahrnehmung der eigenen epistemischen Verantwortung überwunden werden können. Für unsere Diskussion können wir die Frage stellen, welche Hindernisse auf dem Weg zum medizinischen Wissen anzunehmen sind und wie diese vermieden werden können. Dieses Modell vom Fehler als Wissensmangel kann mit entsprechenden erkenntnistheoretischen Unterscheidungen vertieft werden.

Welcher Mangel von welcher Art von Wissen liegt vor? Wenn man etwa, um eine berühmte Unterscheidung Bertrand Russells aufzugreifen, zwischen „*knowledge by acquaintance*“ und „*knowledge by description*“ unterscheidet, kann man sich fragen, ob ein Fehler aufgrund von mangelndem Erfahrungswissen oder aufgrund von mangelndem Buchwissen erfolgt ist. Diese Unterscheidung ist für die medizinische Praxis, die ja einen handwerklichen Aspekt hat, durchaus relevant. „*Knowledge by acquaintance*“ ist tiefer und enger mit der Person verbunden und kann schwer gemessen werden.

Wie „erfahren“ ist ein Arzt, eine Ärztin? Diese Frage kann zwar insofern quantitativ angenähert werden, als man die Zahl der Berufsjahre oder der durchgeführten einschlägigen Eingriffe und Behandlungen angeben kann, diese Zahl gibt aber keinen „Wert von Erfahrungswissen“ an. Hier stoßen wir also auf eine Grauzone, die nicht mit der von manchen gewünschten Präzision gehandhabt werden kann; auch das hat Auswirkungen auf den angesprochenen Perfektionsdiskurs. Gleichzeitig ist damit aber auch der für den (Aus-/Fort-)Bildungsbereich entscheidende Diskurs um „Wissenspflichten“ eröffnet, die man sowohl beim medizinischen Personal als auch bei den Patient/inn/en ansiedeln kann.

1.4 Das Modell der Regelverletzung

Das Modell der Regelverletzung beschreibt einen Fehler als „*malpractice*“, als nicht den Standards entsprechende Praxis, als die Verletzung von entscheidendem Regelwerk, das die Durchführung einer bestimmten Handlungspraxis anleitet.⁷ Auch

kann ein Moment von Schuld und Verantwortung vorliegen, wenn wir es mit fahrlässiger oder gar vorsätzlicher Nichtbeachtung von Standards, die eingehalten werden sollten, zu tun haben. Dieses Verständnis von Fehlern finden wir in der Sprachphilosophie Ludwig Wittgensteins, der sich bekanntlich ja gerade deswegen gegen die Idee einer Privatsprache zur Wehr gesetzt hatte, weil sie es mangels Kriterien zur Prüfung von Standards nicht erlauben würde, Fehler als solche zu identifizieren.⁸ Ohne die Idee der Regel gibt es keine Fehler und ohne die Idee von Fehlern auch keine Idee von menschlicher Praxis. Dieses Fehlermodell muss überdies die Unterscheidung von expliziten und impliziten Regeln einbeziehen, die entsprechend zu unterschiedlichen Formen von Fehlern führen könnten. Dieses Modell legt die Idee nahe, dass ein dichtes und explizites Regelwerk die Einführung einer vernünftigen Fehlerkultur erleichtert – ein Motiv, das wir aus der Literatur über Korruptionsbekämpfung kennen. Danach scheinen Fehler unvermeidlich, solange keine verbindlichen Standards eingeführt worden sind.⁹ Interessant ist überdies, dass man sich bei diesem Modell von Fehlpraxis dafür aussprechen könnte, die Beurteilung, ob eine Verletzung eines Standards vorliegt, Expertinnen und Experten zu überlassen, da es einer professionellen Expertise bedarf, um die Nichtbeachtung komplexer Standards einschätzen zu können.¹⁰ Dies würde die Zuschreibung von Verantwortung natürlich erschweren. Der Vorteil des zweiten Modells liegt freilich in der besseren Handhabbarkeit, da ein Regelwerk explizit gemacht und Verhalten auf das Einhalten von Standards hin geprüft werden kann.

1.5 Aspekte der Handlung des Fehlermachens

Neben diesen beiden Modellen bietet sich eine wenigstens skizzenhafte systematische Analyse von Fehlern mit Blick auf den Kontext und die „players“ an. Auf diese Weise können „Fragerichtungen“ angegeben werden. Eine solche genauere Analyse von Fehlern könnte sechs Elemente im Blick auf die „Handlung des Fehlermachens“ identifizieren:

Subjekt, Inhalt, Opfer, Ursache und Grund, Folgen, Konsequenzen. Ethisch relevant sind im Blick auf Fehler vor allem die Handlungsaspekte, also jene Aspekte, die mit der Praxis des Fehlermachens zu tun haben. Sehen wir uns diese sechs Elemente der Analyse des Fehlermachens in aller Kürze an.

Erstens ist ein *Subjekt* des Fehlermachens zu nennen. Das kann ein einzelner Mensch, ein Operationsteam oder eine Institution wie das Gesundheitssystem sein. Hier sind auch wichtige Entscheidungen in Bezug auf Verantwortung zu treffen: Wer oder was kann als „Subjekt des Fehlers“ dingfest gemacht werden?

Zweitens hat ein Fehler eine *inhaltliche Komponente*. Während der Blick auf das Subjekt Antwort auf das „Wer“ des Fehlers liefern soll, geht es in der Frage nach dem Inhalt um das „Was“, um die, wenn man so will, Materialität des Fehlers. Was ist eigentlich schiefgegangen? Worin besteht der Fehler? Hier müssen sich, wenn man ernsthaft von einem Fehler, der „gemacht“ wurde, sprechen will, auch Angaben in Form von Propositionen machen lassen.

Drittens können wir die Dimension des „Opfers“ in Betracht ziehen. Wer kommt durch einen Fehler zu Schaden? Diese Frage ist im Kontext der Medizinethik von besonderer Bedeutung. Wer ist der Leidtragende, das „Objekt“ des Fehlers – das Objekt, an dem fehlerhaft gehandelt wurde oder das durch fehlerhaftes Handeln beschädigt worden ist? Das Opfer eines Fehlers kann im klinischen Bereich eine Patientin oder ein Patient sein, aber auch die Steuerzahlerin und der Steuerzahler oder politische Instanzen.

Viertens können wir in einer Analyse des Fehlermachens die Frage nach *Ursachen und Gründen* stellen. Ursachen haben bekanntlich mit Kausalketten zu tun, im Falle von Gründen suchen wir nach Tiefenschichten menschlichen Handelns. Um ein klischeehaftes Beispiel zu nehmen: Die Ursache für Schmerzen kann ein nach einer Operation zurückgelassener Fremdkörper sein, der Grund dafür, dass der Fremdkörper hinterlassen wurde, kann beispielsweise in der persönlichen Situation des

Arztes liegen, der privat belastet ist und Konzentrationsschwächen aufweist. Fehler haben, sofern menschliches Handeln einbezogen wird, nicht nur Ursachen, sondern auch Gründe.¹¹

Fünftens können wir nach einem Fehler auf die „Folgen“ blicken, das sind die Wirkungen, die ein Fehler nach sich zieht. Patientinnen und Patienten können sterben, können zu Schaden kommen, der Ruf eines Krankenhauses kann in Mitleidenschaft gezogen werden, etc.

Sechstens schließlich können wir nach „Konsequenzen“ fragen. Damit sind die Reaktionen auf einen als solchen identifizierten Fehler gemeint, die Konsequenzen also, die aus einem Fehler gezogen werden, etwa in der Frage, was sich in einem Handlungszusammenhang dadurch ändert, dass ein Fehler erkannt und anerkannt wurde.

1.5 Menschliches Versagen, technische Gebrechen und institutionelle Defizite

Auf diese Weise kann man Fehler einer Analyse zuführen, die sich natürlich noch entsprechend verfeinern lässt. Neben zwei Modellen und einer einfachen sechsstelligen Analyse kann auch ein Blick auf den jeweiligen Kontext hilfreich sein, in dem Fehler entstehen. Wenn man auf den Kontext der Fehlerentstehung blickt, kann man menschliche, technische und institutionelle Faktoren unterscheiden, die entscheidend für die Genesis von Fehlern sind. Es gibt menschliches Versagen, technische Gebrechen und institutionelle Defizite.

Menschliches Versagen umfasst Erschöpfung, Stress, Gedächtnisschwächen und Wissenslücken, Kommunikationsdefizite, Konzentrationsmängel, Lernblockaden.

Technische Gebrechen betreffen die Ausrüstung, die Anleitungen, das Zubehör,... die natürlich alle mit Fragen von Kompetenz und Wartung und damit menschlichen Faktoren verbunden sind.

Institutionelle Defizite haben mit Hierarchie, Bestimmungen (etwa: Sicherheit), Ausbildung und Monitoring, Arbeitslastverteilung, Verantwortungsmanagement, Arbeitsbedingungen, Infor-

mationsfluss zu tun. Diese drei Typen von Faktoren greifen ineinander. Fehlverhalten oder mangelhafte Resultate lassen sich deswegen selten monokausal erklären. Das macht den Bereich entsprechend komplex und konflikthaft.

1.6 Moralisch relevante und irrelevante Fehler

Schließlich kann die Philosophie noch die Arbeit mit Unterscheidungen für einen geschärften Blick auf Fehler anbieten: Es ist sinnvoll, zwischen „moralisch relevanten“ und „moralisch irrelevanten“ Fehlern zu unterscheiden. Nicht alle Fehler müssen ethisch gewichtet werden. Hier haben wir es in jedem Fall mit Gradualität zu tun, die die moralische Gewichtigkeit eines Fehlers auf einem Kontinuum ansiedelt.¹² Ein medizinischer Kunstfehler mit gravierenden Auswirkungen ist von einem Rechenfehler, den eine Volksschülerin bei der Hausübung macht, hinsichtlich der moralischen Relevanz zu unterscheiden. Mit Blick auf das ethische Gewicht eines Fehlers ist auch zwischen „vermeidbaren“ und „unvermeidbaren“, zwischen „reversiblen“ und „irreversiblen“ Fehlern zu unterscheiden. Daraus ergibt sich die Distinktion zwischen „leichten“ und „schweren“ Fehlern. Mit Blick auf den „Ort“ eines Fehlers kann zwischen „Fehlern in der Planung“ (war bereits die Planung fehlerhaft?) und „Fehlern in der Ausführung“ (die Planung war korrekt, aber die Ausführung mangelhaft) unterschieden werden.¹³

Mit diesen Hilfsmitteln, die ich nur andeuten darf, kann die „moralische Geographie“ des Fehlers umrissen werden. Es ist in jedem Fall der Hinweis auf die Komplexität der Materie zu geben, die in der Regel nicht auf einen einzelnen Grund, eine einzelne Ursache oder einen isolierten „agent“ reduziert werden kann.

2. Ein kleines Wörterbuch

Fehler in der Medizin können besser lokalisiert und differenziert werden, wenn entsprechende begriffliche Werkzeuge zur Verfügung stehen. Ein „kleines Wörterbuch“ kann den Blick schärfen und bestimmte Aspekte hervortreten lassen. Ich möch-

te im Folgenden sieben Begriffe ausweisen, die hilfreich für ein tieferes Verständnis von Fehlern in der Medizin sein können:

2.1 Shifting

Der Begriff des „*shifting*“ – des Umschichtens von Verantwortung; dieser Begriff hängt mit einer Kultur der Selbstverteidigung, des Abstreitens, des Schuldzuweisens zusammen („*culture of blaming*“). Können wir in den institutionalisierten Kontexten des Gesundheitssystems tatsächlich auf die Dynamik treffen, dass die Verantwortung „vom System auf das Individuum“ („*menschliches Versagen auf Mikrobene*“) oder „vom Individuum auf das System“ („*Mangel an klaren Vorschriften oder Vorsichtsmaßnahmen*“) oder innerhalb einer Hierarchie von unten nach oben und – aufgrund des Machtgefälles soziologisch mitunter plausibler – von oben nach unten geschoben wird?¹⁴ Jefferey Mullis weist darauf hin, dass der Übergang von „Gemeinschaft“ zu „Gesellschaft“ auch mit einer Form von „*shifting*“ von Verantwortung verbunden war, durch einen Übergang, „*in which liability shifted towards individuals, ushering in an era of relative standards in the determination of fault and accountability.*“¹⁵ Gleichzeitig findet ein „*shifting*“ in Richtung formaler Organisationen statt, die sich rechtlich besser schützen können und auf derlei Fälle professionell vorbereitet sind. Dies hat wiederum Konsequenzen für die Qualität der Fehlerkultur.¹⁶ Hier setzt sich mehr und mehr der systemische Blick durch, der es dann auch mit sich bringt, dass „*Verantwortung*“ hin und herbewegt werden kann. Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass sich in der Literatur auch Bedenken finden, der Blick auf das System könne den Blick auf die „*individual moral agency*“ versperren.¹⁷ Der Begriff des „*shifting*“ weist auf eine fundamentale Frage nach einer Kultur der Verantwortung hin.

2.2 Moralischer Minimalismus

M. P. Baumgartner führt im Zusammenhang mit der Charakterisierung der moralischen Standards

in Vororten von US-amerikanischen Städten den Begriff des *moralischen Minimalismus* ein.¹⁸ Damit ist der Versuch gemeint, mit dem gerade noch akzeptablen Minimum das Auslangen zu finden, sich an minimale moralische Standards zu halten und die Latte von moralischen Erwartungen möglichst niedrig anzusetzen. Techniken für „*moral minimalism*“ inkludieren Wegschauen, Tolerieren, das Vermeiden offener Konflikte. Diesen Phänomenen verdanken die Vororte nach den empirischen Studien von Baumgartner ihre heitere Ruhe – sie sind letztlich Zeichen eine Erosion von Gemeinschaften. Hier kann man sich fragen, inwieweit dieser Begriff nicht auch für die Diskussion um Fehler in der Medizin fruchtbar gemacht werden kann und muss: Vertritt eine Institution, vertritt ein Patient, vertritt ein Arzt einen moralischen Minimalismus?

2.3 Necessary fallibility

In einem klassischen Beitrag zu Fehlern in der Medizin verwenden MacIntyre und Gorovitz den Begriff der „*necessary fallibility*“.¹⁹ Die Idee ist einfach: Wenn im Falle der Pockenimpfung einer von 1200 Geimpften eine fatale Reaktion auf die Impfung zeigt, haben wir es mit einer notwendigen Fehlerhaftigkeit zu tun, die sich aus dem nicht eliminierbaren Restrisiko eines Medikaments ergibt. Ähnlich wie der Hinweis Otto Neumaiers auf die Unvermeidbarkeit von Fehlern bei „*neuer Praxis*“ hat auch dieser Begriff Auswirkungen auf den Diskurs um Perfektion.

2.4 Honest mistake

Ein m. E. unverzichtbarer Begriff in der Diskussion um Fehlerkultur muss der Begriff des *honest mistake* sein.²⁰ Der redliche Fehler ist ein Lapsus, bei dem keine Fahrlässigkeit geortet werden kann, der also mit dem allgemeinen und irreduziblen Lebensrisiko in Zusammenhang gebracht werden muss. Wenn man sich vor Augen führt, dass medizinische Diagnosen mithilfe von abduktiven Prozessen ablaufen, ist ein nicht reduzierbares Fehlerisiko Teil der Methodologie. Und das wiederum

könnte bedeuten, dass reife Menschen mit diesem Lebensrisiko gut umgehen können und an andere Menschen und Systeme nicht mit Perfektionsansprüchen herantreten. Die Einsicht in die eigene Fallibilität und Verwundbarkeit vergrößert das Verständnis für „honest mistakes“.

2.5 Discontinuity of care

Der Begriff „*discontinuity of care*“ weist auf das Phänomen der Spezialisierung hin, bei dem immer mehr Expertinnen und Experten für immer kleinere Bereiche von Gesundheit verantwortlich sind, was einerseits zu einer Vielzahl von Gesprächspartner/innen für den Patienten und die Patientin führt, andererseits das Phänomen der diffusen Verantwortung begünstigt.²¹ Die Spezialisierung führt zu einer Verengung des „skill“-Portfolios, über das Ärztinnen und Ärzte verfügen. „This makes the... health care system simultaneously more intricate and fragmented, a patchwork of caregiving sewn with bureaucratic thread.“²² Die Abhängigkeit eines Patienten von einem bestimmten Arzt ist signifikant zurückgegangen – Interaktionsdauer, Interaktionsfrequenz und Interaktionsintensität haben abgenommen: „Medical errors are also a result of extreme specialization, as specialists generate more diagnostic hypotheses within their domain than outside, and assign higher probabilities to diagnoses within that domain.“²³ Dieser Aspekt bremst die Versuchung, monokausale Zuordnungen vorzunehmen.

2.6 Patterns and perpetuation

Ein hilfreiches sprachliches Instrument in der semantischen Landschaft dürfte das Begriffspaar „*patterns and perpetuation*“ sein. In Institutionen bilden sich Handlungsmuster heraus, die sich zugunsten der Fehlerbildung verfestigen können. Man könnte in bestimmten Zusammenhängen auch von einer „*perpetuation of error*“²⁴ sprechen. Es scheint in diesem Zusammenhang hilfreich zu sein, gemeinsam mit Sverre Wide zwischen „einfachen“ Fehlern und „systematischen“ Fehlern

zu unterscheiden.²⁵ Einfache Fehler („*simple mistakes*“) haben keine innere Bedeutung und Tiefe. Wenn jemand vergisst, dass in England auf der linken Straßenseite gefahren wird, so ist dies ein – wie auch immer mit fatalen Konsequenzen behafteter – einfacher Fehler. Wenn jemand aber Opfer der Kolonialisierung der Lebenswelt durch das System ist, wie es Jürgen Habermas als Pathologie der Moderne beschreibt, so haben wir es mit einem systematischen Fehler zu tun, der Tiefe aufweist. Auch in Institutionen des Gesundheitswesens können sich solche Muster von systematischen Fehlern finden: „*Mishaps tend to fall into recurrent patterns*“.²⁶ Neben diesem Moment der Wiederholung stoßen wir auch auf ein Moment der Vergrößerung – Fehler bringen Folgefehler mit sich, Fehler bilden Kaskaden.²⁷ Dieses Phänomen übt Druck auf eine institutionalisierte Kultur des verantwortlichen Umgangs mit Fehlern aus: Es scheint angesichts der möglichen Kaskaden klüger, Fehler offen zu legen.

2.7 Kultur der Rechenschaftspflichtigkeit

Unverzichtbar dürfte der Begriff der Kultur der Rechenschaftspflichtigkeit (*culture of accountability*) sein. Die englische Philosophin Onora O’Neill hat sich in ihren Reith Vorlesungen aus dem Jahr 2002 mit dem Phänomen von Vertrauen und Misstrauen mit besonderer Berücksichtigung des öffentlichen Gesundheitssystems in Großbritannien auseinandergesetzt.²⁸ Onora O’Neill hat darauf hingewiesen, dass eine Kultur des Misstrauens um sich greift, die mit einer bürokratischen Industrie des Controlling einhergeht. Mehr und mehr Beziehungen werden kontraktualisiert, also vertraglich geregelt. Dabei kann die Basis eines Vertrags nicht ein weiterer Vertrag sein, es bedarf auf letzter Ebene des Vertrauens. Vertrauen ist die entscheidende soziale Währung, die in Interaktionen mehr und mehr gefährdet ist. Das entstehende Misstrauen ist aufwändig und kostspielig, hier ist kaum Raum für „honest mistakes“. Die Strategie besteht darin, ein immer dichteres Regelwerk zu stricken und die Zahl der Kontrollebenen zu vermehren. Dies ist mit

Blick auf die Fehlerkultur eine fatale Entwicklung, da auf diese Weise sämtliche Interaktionen im Rahmen eines standardisierten Verfahrens stattfinden, was den Spielraum des einzelnen entsprechend verengt und Fehler – aufgrund der Regelwerke und Kontrollinstanzen – noch stärker gewichtet werden.

Dieses kleine Wörterbuch kann natürlich ergänzt werden, es deutet aber einige neuralgische Punkte der Diskussion an und gibt auch einige Koordinaten an, die für eine Verortung der Diskussion hilfreich sein dürften.

3. Ethische Perspektiven medizinischer Fehlerkultur

Was kann angesichts der skizzierten Analyseinstrumente an ethischen Hilfestellungen angeboten werden? Ethik befasst sich in erster Linie mit dem Bereich des menschlichen Handelns. Dies greift im Bereich einer ethisch verantwortbaren Fehlerkultur aber insofern zu kurz, als wir es auch mit irreversiblen und mitunter unvermeidbaren Fehlern zu tun haben. Hier wird sich eine Ethik auch um einen guten Umgang mit dem Schicksalhaften bemühen müssen. Ethische Fragen hängen stets mit Fragen des guten Lebens im Allgemeinen zusammen. Dass es hier einen Bedarf gibt, über Endlichkeit und Grenzen nachzudenken, liegt auf der Hand. Für die Zwecke der Diskussion von medizinischen Fehlern will ich mich auf drei ethische Brennpunkte beschränken, die eine ethisch verantwortbare Fehlerkultur ermöglichen sollen: Ethik der Kommunikation; Ethik des Lernens; Ethik der Verantwortung.

3.1 Zur Ethik der Kommunikation

Integrität als ethischer Kernbegriff hängt – wie der Begriff der Glaubwürdigkeit – mit Aufrichtigkeit, Offenheit und Ehrlichkeit zusammen. Es ist auch eine Standardforderung in der Literatur, dass (behutsam präsentierte, d. h. den Schandpfahlfekt vermeidende) Transparenz als Orientierungsgröße gefordert wird. Hier bildet sich ein Fokus auf „learning and reporting“ und eine Neukonzeption der „culture of blaming, naming and shaming“ her-

aus.²⁹ Offenheit im Umgang mit Fehlern wird nicht nur aus ethischen Gründen (Leitbegriff einer Ethik der Redlichkeit), sondern auch aus strategischen Gründen (Mangel an Transparenz birgt großes Risiko und kann langfristig sehr teuer werden) empfohlen. Ethische Forderungen nach Transparenz sind also auch aus rechtlichen und ökonomischen Rücksichten klug: „While some patients will doubtless file suit after being informed of an error, there is little evidence that they are more likely to sue when an error is disclosed. In fact, if they suspect an error is being concealed they may be more likely to pursue legal action, less willing to accept a settlement, and juries more likely to return punitive damages.“³⁰

Entscheidender Faktor ist Leadership – es ist eine Frage der Führungsethik, ein Klima zu schaffen, in dem Fehler nicht aus Angst vertuscht werden müssen und das eine Kultur der sinnvollen Transparenz fördert.³¹ Es ist auch eine Frage des „reporting system“, inwieweit eine solche Kultur aufgebaut werden kann.³² Es kann einerseits auf offizielle, andererseits auf inoffizielle Weise über Fehler berichtet werden. In der Kommunikation ist zu unterscheiden, ob mit der Leitung, mit Kolleginnen und Kollegen, mit Patientinnen und Patienten oder mit Angehörigen über Fehler gesprochen wird. Ein besonderes Problem stellt hier die Statusasymmetrie zwischen Ärztin und Patientin dar.³³ Hier ist menschliche Größe gefordert: Gespräche, in denen Fehler thematisiert werden, „can be embarrassing, difficult, distressing and time consuming“.³⁴ Dazu kommt, dass es institutionalisierte Interessen gibt, einen offenen Umgang mit Fehlern zu bremsen. Aus diesen Gründen – institutionelle Hemmungen und Schwierigkeiten in der Umsetzung auf Mikroebene – kann zwischen dem Bekenntnis zu einem redlichen Umgang mit Fehlern und der tatsächlichen Praxis eine Kluft auftreten.³⁵ Das Dilemma zwischen „Fehlerentdecken“ und „Fehlerberichten“ ist auch aus der Business Literatur bekannt.³⁶ Gerade aus diesem Grund ist hier „leadership“ verlangt, die eine Kultur des redlichen Umgangs mit Fehlern schafft, was auch mit einem Klima der Angstfreiheit zu tun hat.

3.2 Zur Ethik des Lernens

Die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen, hat unter anderem mit Emotionalität und Involviertheit zu tun. Wenn mir etwas „zu Herzen“ geht, werde ich das Fehlverhalten gründlich untersuchen. Ein berühmtes Beispiel aus der Medizingeschichte ist die Entdeckung von Ignaz Semmelweis, der bekanntlich von 1844 bis 1848 in einem Wiener Krankenhaus mit zwei Geburtsstationen mit dem Umstand konfrontiert war, dass an seiner Geburtsstation wesentlich mehr Frauen verstarben als in der anderen Station. Semmelweis war nicht nur neugierig, sondern auch emotional betroffen und wollte den Dingen auf den Grund gehen.³⁷ Ein entscheidendes Moment in der Hypothesenbildung, die er systematisch betrieb, um die Gründe für die erhöhte Frauensterblichkeit an seiner Station zu eruieren, war der Tod seines Kollegen, der sich nach der Arbeit an einer Leiche selbst tödlich infiziert hatte. Dieses Moment der persönlichen Betroffenheit wirkt entscheidend als Motor für das Anerkennen von Fehlern und das Lernen aus Fehlern. Im Kontext medizinischer Arbeit stehen wir hier vor der Herausforderung, dass Fehler nicht sofort als systemische Faktoren abstrahiert werden. „Es ist ein Unterschied, ob die ‚Fehlerperson‘ die Konsequenzen ihres Tuns am eigenen Körper erfährt oder ob jemand anderer davon betroffen ist und dieser das Ereignis zum Fehler erklärt. Fehlerperson und Fehler diagnostizierende Instanz sind je nach Ereignis ein und dieselbe oder aber unterschiedliche Instanzen... Erarbeitet sich die Fehlerperson die Diagnose in einer prozesshaften Auseinandersetzung, sprechen wir gern von *Einsicht* oder sogar von *Reue*. Solche Ergebnisse kommen via Selbstreflexion und/oder Empathie mit Blick auf diejenigen zustande, denen durch den Fehler Schaden und Leiden zugekommen sind.“³⁸

Lernprozesse sind in Institutionen keineswegs selbstverständlich. Im Gegenteil: Chris Argyris hat in einem bekannten Aufsatz die Frage diskutiert, warum sich „smart people“ so schwer tun zu lernen.³⁹ Sie tun sich so schwer zu lernen, weil sie sich

ungern in verwundbare Situationen begeben, weil sie es gewohnt sind, Situationen kontrollieren zu können, weil sie in einer Kultur aufwachsen, in der Fehler vermieden und werden sollen. Diese Haltungen stehen einer Erneuerung des Denkens entgegen. Gut ausgebildete, erfolgreiche und clevere Menschen („smart people“) sind also mit speziellen Lernhindernissen konfrontiert: Menschen, die sich in der Regel in Situationen befinden, die sie souverän beherrschen, und die gleichzeitig in Kontexten operieren, in denen das Eingeständnis von Unfähigkeit, Inkompetenz und Unwissen problematisch ist, werden sich schwer tun, dazu zu lernen. Auch hier sind wieder sowohl Leadership und Klima als auch menschliche Größe und Redlichkeit gefordert. Dann ist auch ein Lernen in der Zusammenarbeit mit hierarchisch Untergeordneten, etwa mit Studierenden möglich.⁴⁰ Ein großes Hindernis auf dem Weg zum Lernen ist die Selbsttäuschung. Abbau von Modellen der self deception hat auch etwas mit der Verflachung von Hierarchien, dem Abbau von Statussymbolen und Positionsgütern zu tun. Es gilt zu vermeiden, dass das System zu einer „box“ wird. Es sind gerade Menschen, die innerhalb der Box denken, die sich Selbsttäuschungen hingeben. Das Arbinger Institute hat, aufbauend auf psychologische Forschungen, über den Zusammenhang von Führungsschwäche und Selbsttäuschung nachgedacht.⁴¹ Selbsttäuschung mit Allmachtsphantasien, Überlegenheitsphantasien, Machbarkeitsphantasien führen zu respektloser Behandlung von Menschen, einem Mangel an Wertschätzung und schiefen Prioritäten. Menschen, die an Selbsttäuschung leiden, haben falsche (meist überzogene) Auffassungen in Bezug auf sich selbst. Sie neigen dazu, sich selbst und die eigene Leistung zu überschätzen. Sie denken innerhalb einer Box. Dies hat entsprechend Auswirkungen auf das Verschieben von Schuld, auf das Vertuschen von Fehlern, auf den Primat des Selbstschutzes vor dem Schutz der schwächsten Mitglieder eines Systems. Dieses Denken „außerhalb der Box“ erinnert auch daran, dass Fehlerkultur mit Kreativität zu tun hat:

Aus Fehlern lernen können wir nur, wenn wir über Alternativen verfügen.⁴²

3.3 Zu einer Ethik der Verantwortung

Verantwortung besteht vor allem gegenüber den schwächsten Mitgliedern einer Gesellschaft. Angesichts steigender Vulnerabilität sind erhöhte Anforderungen an Verantwortung zu formulieren. Es gibt für die europäische Situation Hinweise, dass hohes Alter und niedriger Bildungsstand mit erhöhter Sorge hinsichtlich medizinischer Fehler einhergehen.⁴³ Menschen, die von Armut betroffen sind, haben Hemmschwellen und Schwierigkeiten, den juristischen Apparat in Bewegung zu setzen.⁴⁴ Verantwortung im Sinne einer „disclosure“ ist nicht genug: Es bedarf auch einer klaren Vermeidungsstrategie auf die Zukunft hin. Verantwortungsvoller Umgang mit Verantwortlichkeit hat mit der Einrichtung klarer Zuständigkeiten zu tun, mit der Förderung kollegialer Verantwortungsstrukturen, mit der Einräumung eines entsprechenden Handlungsraumes für einzelne Individuen, die dann auch die Verantwortung für ihre „agency“ übernehmen. Leise ist auch an die Möglichkeit zur Vergebung zu erinnern: Längst fällige Versuche, eine „Kultur von Vergebung“ in den Kontext des Diskurses um medizinische Fehler einzubringen, hängen auch mit der entsprechenden Kultur der Verantwortung zusammen. Nancy Berlinger hat fünf Schritte aufgelistet, die konstitutiv für eine Kultur der Entschuldigung und der Vergebung sind: (i) Die Anerkennung des Fehlers und der Verantwortung für den Fehler; (ii) die Präsentation einer Erklärung; (iii) der Ausdruck von Bedauern, Scham und Demut; (iv) die Skizzierung und Realisierung von Maßnahmen, die ein Wiederholen des Fehlers unwahrscheinlicher machen; (v) eine Form der Reparation.⁴⁵ Diese fünf Hinweise sind für einen redlichen Umgang mit Fehlern im Gesundheitssystem entscheidend. Einen Faktor will ich aber noch ergänzen: Es gilt auch, Verantwortung auch von Seiten der Patientinnen und Patienten einzufordern – es gibt eine Verantwortung, im eigenen Gesundheitsprozess

eine aktive Rolle zu spielen; es gilt angesichts der allgemeinen und irreduziblen Lebensrisiken eine Verantwortung zu zeigen, angemessen (also mit Maß in Bezug auf die eigenen Ansprüche) mit den Unwägbarkeiten und Imperfektionen des Lebens umzugehen. Patientinnen und Patienten haben auch (Handlungs- und Wissens)Pflichten, müssen sich an Regeln halten haben und können entsprechend auch Fehler machen.⁴⁶

Schlussbemerkung

Die Diskussion um Fehler in der Medizin ist wie jede ans Grundsätzliche rührende Diskussion rückzubinden an eine allgemeine Ethik des menschlichen Lebens. Endlichkeit und Verwundbarkeit sind Signaturen der *conditio humana*: Wenn die Einsicht in Verwundbarkeit, Fallibilität und Endlichkeit um sich greift – bei medizinischem Personal, Patienten und Angehörigen – ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer guten Fehlerkultur gelungen.

Referenzen

- 1 Schulz K., *Being Wrong. Adventures in the Margin of Error*, Harper Collins, New York (2010)
- 2 Ich will wenigstens in einer Fußnote erwähnen, dass wir eine medienwirksame Debatte um Perfektionsansprüche in der Erziehung verfolgen können, ausgelöst von Amy Chua's Buch *Battle Hymn of the Tiger Mother*, The Penguin Press, New York (2011)
- 3 vgl. Goffman E., *The Presentation of Self in Everyday Life*, Anchor, New York (1959)
- 4 Grepperud S., *Medical Errors: Getting the Incentives Right*, *Int J Health Care Finance Econ* (2005); 5: 307-326, hier: S. 307
- 5 Neumaier O., *Wer oder was fehlt bei einem Fehler?*, in: Neumaier O. (Hrsg.), *Was aus Fehlern zu lernen ist in Alltag, Wissenschaft und Kunst*, Lit, Münster (2010), S. 9-30, hier: S. 14
- 6 vgl. Uhl F., *Hindernisse auf dem Weg zum Wissen. Roger Bacon's Kritik der Autoritäten*, in: Uhl F. (Hrsg.), *Roger Bacon in der Diskussion*, Peter Lang, Frankfurt/Main (2001), S. 219-235
- 7 "Malpractice... requires three elements: the recognized standard of care was not met, harm was done to the patient, and that harm resulted from the failure to meet the standard of care" – Zientek D. M., *Medical Er-*

- ror, *Malpractice and Complications: A Moral Geography*, HEC Forum (2010); 22: 145-157, hier: S. 147
- 8 Wittgenstein L., *Philosophische Untersuchungen*, Blackwell, Oxford (1967), S. 243-315
- 9 Neumaier O., siehe Ref. 5, S. 14 f.
- 10 Diese These vertreten Alasdair MacIntyre und Samuel Gorovitz (*Toward a Theory of Medical Fallibility*, J Med Phil 1 (1976); 51-70, hier: S. 67)
- 11 Diese Unterscheidung kann man plausibel mit den Einsichten von Charles Taylor nachvollziehen – Taylor C., *Human Agency and Language. Philosophical Papers 1*, Cambridge University Press, Cambridge (1985) Taylor C., *Philosophy and the Human Sciences. Philosophical Papers 2*, Cambridge University Press, Cambridge (1985)
- 12 Es kann hilfreich sein, an einer Klassifikation von Fehlern zu arbeiten; vgl. Kohn L. et al., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC (1999). Hier finden sich die Unterscheidungen zwischen (sinngemäß) „Medizinmanagementfehlern“ und „medizinischen Fehlern“ bzw. zwischen „serious error“ und „minor error“. Mit solchen Bausteinen kann eine Klassifikation von Fehlern entstehen, die dann auch für die Bewertung von Fehlern grundlegend ist.
- 13 vgl. Reading J. T., *Human Error*, Cambridge University Press, Cambridge (1990)
Diese Unterscheidung zwischen „error of planning“ und „error of execution“ ist auch in der medizinischen Ethik von Relevanz – vgl. Meyers C., *Analysis and Prevention of Medical Errors*, Northeast Florida Med (2009); 60(3): 29-31, hier: S. 29: “An error in planning is defined as using the wrong plan to achieve an aim. This can be caused by misdiagnosis or lack of familiarity with treatment options, thus the plan is incorrect. An error in execution occurs when there is a failure of a planned action to be completed as intended. For example, it may be routine for patients in a practice to receive a referral to gastroenterology for a colonoscopy at age 50; however, the referral was not given to the patient. There was a slip or lapse in the process.”
- 14 Gloria Ramsey führt in einem Beitrag die Dynamik aus, dem Pflegepersonal in einer “culture of blame” den schwarzen Peter zuzuschieben – Ramsey G., *Nurses, Medical Errors, and the Culture of Blame*, Hastings Center Rep (2005); 35(2): 20-21
- 15 Vgl. Mullis J., *Medical Malpractice, Social Structure and Social Control*, Sociol Forum (1995); 10: 135-163, hier: S. 143
- 16 “Group actors may influence legislation on behalf of physicians, provide mechanisms for the early detection and pacification of malpractice grievances, overlook perceived medical mistakes (whistle-blowing is rare), or otherwise insulate physicians from external negative sanctions” (siehe Mullis J., siehe Ref. 15, S. 145)
- 17 Vgl. Pellegrino E. D., *Prevention of medical error: Where professional and organizational ethics meet*, in: Sharpe V. A. (Ed.), *Accountability: Patient Safety and policy reform*, Georgetown University Press, Washington, DC (2004), Ch. 5
- 18 Baumgartner M. P., *The Moral Order of a Suburb*, Oxford University Press, New York (1988)
- 19 MacIntyre A., Gorovitz S., *Toward a Theory of Medical Fallibility*, J Med Phil 1 (1976); 51-70
Die Kategorie der notwendigen Fehlbarkeit wird übrigens mit Hinweis auf mangelnde „Notwendigkeit“ von Brendn Minogue abgelehnt – vgl. Minogue B., *Error, Malpractice, and the Problem of Universals*, J Med Phil 7 (1982); 239-250
- 20 Zientek D. M., siehe Ref. 7, S. 146
- 21 Moore C. et al., *Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting*, J Gen Int Med (2003); 18: 646-651
vgl. eine Jahrzehnte zurückliegende Publikation mit ähnlicher Ausrichtung: Zerubavel E., *The temporal organization of continuity: The case of medical and nursing coverage*, Hum Org (1979); 38: 78-83
- 22 Mullis J., siehe Ref. 15, S. 151
- 23 La Pietra L. et al., *Medical Errors and Clinical Risk Management*, Acta Otorhinolaryngol Ital (2005); 25: 339-346, hier: S. 343
- 24 Zientek D. M., siehe Ref. 7, S. 150
- 25 Wide S., *On the Art of Being Wrong: An Essay on the Dialectic of Errors*, J Phil Edu (2009); 43: 573-588, v. a. S. 579 f.
- 26 La Pietra L. et al., siehe Ref. 23, S. 343
- 27 Woolf S. H. et al., *A string of mistakes: the cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors*, Ann Fam Med (2004); 2: 317-326
- 28 O'Neill O., *A Question of Trust*, Cambridge University Press, Cambridge (2002)
- 29 Grepperud S., siehe Ref. 4, S. 308
- 30 Zientek D. M., siehe Ref. 7, S. 150
- 31 vgl. Reason J. T., *Managing the Risk of Organizational Accidents*, Ashgate, Burlington, Vermont (1997)
- 32 vgl. Garbutt J. et al., *Reporting and Disclosing Medical Errors*, Arch Ped Adol Med (2007); 161: 179-185
- 33 vgl. Mullis J., siehe Ref. 15, S. 142
- 34 Ottewill M., Vaughan C., *Being open with patients about medical error: challenges in practice*, Clin Ethics (2010); 5: 159-163, hier: S. 160
- 35 vgl. Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

- 36 Daniel Pietro führt mit seiner Koautorin und seinen Koautoren einen Beispielfall aus dem Sturdy Memorial Hospital in Massachusetts an. Es lag Verdacht auf Fehlverhalten vor, das sich auf Untersuchungsergebnisse einer signifikanten Zahl von Patient/inn/en auswirkte. Aus Sorge um den Ruf der Klinik, die Arbeitsweise der Medien und das Risiko einer Klageflut reagierte das Management vorsichtig. Es zeigte sich jedoch „that communicating directly with our community was our best communications strategy“. Eine „Fehlerkultur“ zeigt sich auch darin, dass man den Patient/inn/en nicht vorgaukelt, ihnen Perfektion bieten zu können; auch hier zeigt sich, dass Redlichkeit und Offenheit die entscheidenden Faktoren sind; Pietro D. et al., *Detecting and reporting medical errors: why the dilemma?*, Br Med J (2000); 320: 794-796
- 37 Es fand sich, dass die Geburtshelfer zwischen Obduktionen und Gebärtation pendelten, ohne sich den „Leichengeruch“ abzuwaschen (Die Herausgeber).
- 38 Spychiger M. B., *Fehler als Erfahrung. Zur Rolle von Koordination und Diskoordination in bewussten Prozessen*, in: Neumaier O. (Hrsg.), *Was aus Fehlern zu lernen ist in Alltag, Wissenschaft und Kunst*, Lit, Münster (2010), S. 30-54, hier: S. 35
- 39 Argyris C., *Teaching Smart People How To Learn* (Harvard Business Review Classics), Boston, MA (2008)
- 40 In einem nur eine Seite umfassenden, aber in der Aussage klaren Beitrag berichten Debra Ahmed und Harminder Sikand, wie der sorgsame Umgang von Mentorinnen/Mentoren mit Studierenden auf beiden Seiten Lerneffekte auslösen kann, gerade was den Umgang mit Fehlern betrifft – Ahmed D. S., Sikand H., *Mentoring Mistakes*, Am J Nurs (1999); 99(12): 12
- 41 The Arbinger Institute, *Leadership and Self Deception*, The Arbinger Institute, London (2007)
- 42 Neumaier O., siehe Ref. 5, S. 1
- 43 Europäische Kommission, *Medical Errors. Special Eurobarometer 241*, Europäische Kommission, Brüssel (2006), S. 12
- 44 Mullis J., siehe Ref. 15, S. 147
- 45 Berlinger N., *After harm: Medical error and the ethics of forgiveness*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD (2005)
- 46 Buetow S., Elwyn G., *Are Patients morally responsible for their errors?*, J Med Ethics (2006); 32: 260-262

Markus Schwarz

Interne Kommunikation: Fehlerrückmeldung im Team

Internal Communication: Error Processing within the Team

Zusammenfassung

Die Fehlerrückmeldung in einem Team hängt wesentlich von der Effektivität eines Teams ab. Auf Basis bestehender – Konzepte aus der Managementtheorie werden die Hauptfaktoren (Balance, gemeinsame Ausrichtung, Resilienz, Energielevel, Offenheit und Effizienz) und notwendigen Rahmenbedingungen für erfolgreiche medizinische Teams abgeleitet. Die daraus erkenntlichen Konsequenzen für die Kommunikation im Team und insbesondere der Kommunikation im Zusammenhang mit Fehlern im Team und die Rolle des gesamten Teams werden dabei beleuchtet. Weiters werden konkrete Maßnahmen zur Etablierung einer Fehlerkultur und eines positiven Umgangs mit Fehlern als Team diskutiert.

Schlüsselwörter: Teamkommunikation, Fehlerkommunikation, Team Effektivität, medizinische Teams

Abstract

The error processing in a team depends largely on the effectiveness of a team. Based on existing concepts in management theory, the main factors (balance, alignment, resilience, energy level, openness and efficiency) and necessary frameworks, conditions for successful medical teams will be derived. The resulting consequences for communication in the team and especially the communication related to errors in the team and the role of the team are illuminated. Furthermore concrete measures for the establishment of an error culture are illuminated and a positive handling of errors as a team is discussed.

Keywords: Team communication, error communication, team effectiveness, medical teams

Dr. Markus Schwarz
Berater, Egon Zehnder International
Bauernmarkt 2, A-1010 Wien
Markus.Schwarz@ezi.net

Fehler oder Erfolg sind Teamsache

Das Auftreten und der Umgang mit Fehlern in der Medizin beginnen und enden zumeist bei Teams. Auch wenn dies oft gegen unsere Intuition bei der Aufarbeitung von medizinischen Fehlern geht und man – sowohl von Seiten der Organisation als auch von Seiten der geschädigten Patienten – gerne einen Schuldigen fassen möchte, hat sich durch eine verstärkte Beschäftigung mit Fehlern in der Medizin herauskristallisiert, dass man sich nicht auf das „Funktionieren“ des Einzelnen verlassen darf. Das Gut der Gesundheit – gerade im Fall der Behandlung von kranken Patienten – ist so hoch einzuschätzen, dass es im Behandlungsablauf immer einer umfassenden Absicherung bedarf und, ähnlich wie in anderen kollektiven Prozessen, der Erfolg der Behandlung sehr stark mit dem Erfolg der Zusammenarbeit im Team verknüpft ist.

Diese Hinwendung zum Team bedingt aber auch eine Hinwendung von der reinen Fachexpertise hin zu einer Managementexpertise, mit der sich die Medizin auseinandersetzen muss. Denn ein Team ist nicht nur einfach eine Schar von Experten, die auf höchstem fachlichen Niveau jeder für sich am Patienten arbeiten, sondern eine Gruppe von Menschen, die gemeinsam ein fachlich herausragendes Ergebnis erzielen wollen, indem sie die Zusammenarbeit pflegen. Dabei gilt es nicht nur auf die fachlichen Qualifikationen Rücksicht zu nehmen, sondern auch die Abläufe und die Zusammenarbeit im Team aktiv zu gestalten.

Erfolgsfaktoren für medizinische Teams

In der Managementtheorie haben sich in den letzten Jahren verschiedene Faktoren herauskristallisiert, die ein Team erfolgreich machen. Aus einer Fülle von retrospektiven Überprüfungen von Teams, die gesteckte Ziele überdurchschnittlich gut und schnell erreichen konnten, haben sich im Wesentlichen sechs Grundvoraussetzungen identifizieren lassen, die erfolgreiche Teams auszeichnen.¹ Die *Balance* im Team umfasst die Einbindung und auch das Verständnis für unterschiedliche Fä-

higkeiten und Stärken im Team. Die gemeinsame *Ausrichtung* beschreibt die gemeinsame Verfolgung eines übergeordneten Zieles für das gesamte Team und die entsprechende Ausrichtung der Handlungen im Team. Die *Resilienz* (ursprünglich die physikalische Fähigkeit von Materialien in ihre ursprüngliche Form zurückzukehren) ist eine ebenfalls entscheidende Dimension für den Teamerfolg, die den Grad des Zusammenhalts unter starkem internen oder externen Druck im Team darstellt. Weiters ist für ein Team auch das Ausmaß des proaktiven Handelns angesichts von Problemstellungen und die Aufrechterhaltung eines hohen *Energie*-Levels wichtig, wie auch die *Offenheit* im Sinne der Wertschätzung von Interaktionen mit der gesamten Organisation und der Außenwelt. Und natürlich bedarf es auch eines vernünftigen Umgangs mit zur Verfügung stehenden Ressourcen, die sich in der *Effizienz* des Teams beschreiben lässt.

Wenn man diese Bereiche auf medizinische Teams umlegt, wie sie z. B. auf einer Station oder im OP zusammen arbeiten, dann lassen sich auch bestimmte Charakteristika dieser Teams erkennen. Mehrere Faktoren tragen dazu bei, dass medizinische Teams im Vergleich zu anderen Organisationen hohe Komplexitäten zu bewältigen haben. Schon die Zusammenarbeit mehrerer verschiedener Berufsgruppen und die Einbindung vieler Stakeholder in den medizinischen Prozess (neben den medizinischen Fachkräften natürlich der Patient, aber auch dessen Angehörige und gerade im Fall von medizinischen Fehlern oft auch die breitere Öffentlichkeit) zeigen die Vielzahl von beteiligten Personen an medizinischen Prozessen. Darüber hinaus sind diese Prozesse auch nur begrenzt standardisierbar und unterliegen der Individualität der einzelnen Patienten. Auch der hohe Wissensanteil, der diese Prozesse nur bedingt diesen Stakeholdern kommunizierbar macht, erhöht die Komplexität der Teamzusammenarbeit und damit die Möglichkeit von Fehlern in der Abarbeitung von Aufgaben.

Zusätzlich kommt es in vielen medizinischen Bereichen, insbesondere z. B. auf Intensivstationen

nen, zu hohen Belastungen der Mitarbeiter durch die erlebten Grenz- und Akutsituationen, die ebenfalls den Zusammenhalt im Team und die Fehlerhäufigkeit beeinflussen können.

Im Unterschied zu anderen Wirtschaftsbereichen, in denen die Team-Zusammenarbeit als extrem wichtig eingestuft wird, wie z. B. in der Luftfahrt, ist ein medizinisches Team aber nur in Ausnahmefällen direkter Teil des Risikos bzw. des potentiell hervorgerufenen Schadens, was sicherlich auch eine Erklärung für die fortgeschrittenen Managementinstrumente für die Team-Zusammenarbeit in Branchen wie der Luftfahrt oder der Kernenergie ist. Zusätzlich ist ein entstandener Schaden im medizinischen Bereich zumeist auf Einzelpersonen beschränkt und betrifft nicht das gesamte Kollektiv, wie dies bei einem Flugzeugabsturz oder bei einer Reaktorschmelze der Fall ist. Auch dies ist eine mögliche Erklärung, weshalb entsprechende Managementinstrumente nur relativ zögerlich im Bereich der Medizin Einzug halten. Andererseits besteht aber im Unterschied zu vielen anderen Industrien und Wirtschaftsfeldern nach wie vor der hohe Anspruch der Fehlerlosigkeit in der Medizin, der sich in der Erwartung des Patienten genauso ausdrückt wie in der Erwartung eines hohen Arbeitsethos der medizinischen Berufe selbst.

Im Hinblick auf die notwendigen Erfolgsfaktoren für medizinische Teams kann man folgende Schlussfolgerungen ziehen:

Grundsätzlich scheint es eine hohe Identifikation mit dem gemeinsamen Ziel der Therapie des Patienten zu geben. Allerdings mischen sich darunter oft berufsgruppen-spezifische Ziele (z. B. die Notwendigkeit, wissenschaftliche Ergebnisse zu produzieren; unterschiedliche Herangehensweisen an die Patientendokumentation, etc.), die letztendlich eine gemeinsame Ausrichtung des Teams erschweren.

Aufgabe der jeweiligen Teamleitung ist es in diesem Zusammenhang ein grundsätzlich gemeinsames Verständnis zu entwickeln und dieses auch entsprechend zu verschriftlichen bzw. regelmä-

ßig zu kommunizieren und auf seine Gültigkeit zu überprüfen. In diesem Zusammenhang geht es auch um ein klares Selbstverständnis des Teams, das sich im Eigenbild spiegelt. Die Frage: „Was macht uns aus?“, „Was macht uns speziell?“ ist ein wesentlicher Motivationsfaktor in Belastungssituationen und auch in der Verfolgung von klar ausgerichteten Handlungsanweisungen.

Offen für Optimierung

Die Medizin hat auch ein ausgeklügeltes System der Offenheit in fachlichen Fragen entwickelt, das sich in einem einzigartigen weltweiten Wissensmanagement des medizinischen Fachwissens ausdrückt und heutzutage ermöglicht, dass neue medizinische Erkenntnisse praktisch überall und unmittelbar zur Anwendung kommen können. Allerdings besteht nicht annähernd ein gleiches Maß an Offenheit für Veränderungen im Prozessmanagement oder in der Umsetzung von neuen Erkenntnissen aus den sogenannten „best practices“ in den Prozessstrukturen anderer medizinischer Teams. Eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse, die zu einem klaren Selbstverständnis des Teams als sich laufend verbessernde Organisation führt, ist hier notwendig, um Offenheit nicht nur in medizinisch-fachlicher Hinsicht zu gewährleisten, sondern den Patienten auch prozessual die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, die zu einem gesamthaft vorteilhaften Krankheitsverlauf führt.

Bei der Frage nach der Offenheit des Teams bedarf es aber auch des Hinhörens auf neue Ideen, die aus dem Team kommen. Ein zentraler Bestandteil der aus dem Qualitätsmanagement kommenden „kontinuierlichen Verbesserungsprozesse – KVP“ ist das Aufgreifen von kleinen Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter, die Schritt für Schritt zu einer neuen Qualität der Arbeit führen. Dieser Effekt entsteht nicht nur alleine, weil die Arbeit tatsächlich besser getan wird, sondern vor allem, weil die Mitarbeiter im Team ihre Haltung geändert haben und nicht mehr stupid Arbeitsanweisungen abarbeiten, sondern sich aktiv mit ihren alltäglichen Aktivitäten

im Team auseinander setzen und damit diesen Dingen eine weitaus höhere Aufmerksamkeit widmen. Diese laufende Beschäftigung mit dem „Besseren“ führt auch fast automatisch dazu, dass bisherige Handlungsweisen nicht als falsch oder fehlerhaft wahrgenommen werden, sondern eben als weniger gut. Diese Haltung ist auch Grundlage für einen offenen Umgang mit Fehlern, der in einem solchen Umfeld ganz natürlich in den laufenden Verbesserungsprozess integriert werden kann.

Umgang mit Belastung und Balance

Bei der Frage der Resilienz kommt man zur Kernfrage der Fehlerkultur, da in dem relativ gesehen statischen System der medizinischen Versorgung Druck sehr oft erst durch Fehler aufgebaut wird und dieser entsprechend unterschiedlich verarbeitet wird. Innerhalb der beschriebenen hohen Belastungssituationen zeichnen sich aber medizinische Teams sehr häufig als extrem widerstandsfähig und höchst belastbar aus.

Zur Stärkung der Resilienz empfiehlt es sich, aktiv in die Teamdynamik und damit in den Zusammenhalt des Teams zu investieren. Dies geschieht durch gemeinsam erlebte Freizeitgestaltung genauso wie durch die Erarbeitung neuer Richtlinien und Standards für das eigene Team. Das Wissen um die kollektiven Fähigkeiten des Teams und vor allem um die über die individuellen Fähigkeiten hinausgehenden Kompetenzen schweißt ein Team zusammen und führt auch in großen Drucksituationen zu einem Wir-Verständnis, das nicht mehr nur Schuldige für Fehler sucht, sondern den gemeinsamen Fehler in den bisherigen Strukturen und Abläufen wahrnimmt.

Die Balance in medizinischen Teams ergibt sich zum Großteil aus der notwendigen Zusammensetzung verschiedener Berufsgruppen, allerdings ist auch hier die Frage der Wertschätzung der damit sichergestellten, unterschiedlichen Fähigkeiten und Zugänge nicht immer gegeben. Auch sind die fachlichen Fähigkeiten oft nebeneinander präsent, ohne ineinander zu greifen, um den entsprechend

größten Nutzen zu erzielen.

Die Aufgabe der Teamführung in dieser Hinsicht besteht einerseits in der Sicherstellung aller notwendigen fachlichen Kompetenzen für den Erfolg des Teams, aber auch in der Sicherstellung der Ausgewogenheit der Arbeitslast für einzelne Teammitglieder. Ein wesentliches Element dieser Balance ist dabei eine gesunde Ausgewogenheit zwischen formellen und informellen Strukturen, die je nach Aufgabe und Dynamik im Team unterschiedlich gewichtet sein müssen, aber in jedem Fall berücksichtigt werden wollen. Informelle Strukturen helfen in der Bewältigung von Stresssituationen genauso wie in der raschen Kommunikation sensibler Themen, können aber auch die Grundlage von Mobbing und Konflikten sein. Ziel muss es sein, eine balancierte Teamkultur zu entwickeln, die Unterschiede erkennt, diese wertschätzt und vor allem das Team als mehr als die Summe seiner Einzelteile wahrnimmt.²

Energie und Effizienz in der Kommunikation

Der Energiepegel, der in einem Team herrscht, ist im Wesentlichen eine Funktion der Energie, die von der Teamleitung ausgeht. Diese Energie darf sich aber gerade von Seiten der Teamleitung nicht als Aktivismus manifestieren, sondern muss über die Schiene der Kommunikation laufend die zuvor beschriebenen Ziele und Abläufe sicherstellen und durch Verfügbarkeit und Nähe zu allen Teammitgliedern eine flüssige Umsetzung der laufenden Veränderungen sicherstellen. Gerade dies verlangt eine Konzentration auf den Managementaspekt, der leider gerade in medizinischen Teams sehr häufig in der alltäglichen Widmung an den Patienten und dessen Leid marginalisiert wird. Die Wahrnehmung dieser Managementfunktion auf Teamebene ist aber der entscheidende Faktor, um Veränderungen und Verbesserungen in der stationären Krankenversorgung und letztendlich im Gesundheitssystem sinnvoll und nachhaltig umsetzen zu können. Natürlich bedingt dies auch eine entsprechende Zurverfügungstellung von Ressourcen für

diese Managementaufgabe, jedoch zeigt sich in vielen positiven Beispielen, dass sich die Zeit für diese Managementfunktion sehr bald über effektivere Behandlungsabläufe einspielen lässt.

Ähnliches gilt für die notwendige Effizienz in einem medizinischen Team, die bei weitem nicht nur die ökonomischen Ressourcen, die zum Einsatz gelangen, umfasst. Primär geht es dabei um die Effizienz in der Kommunikation und den Anspruch, dass Kommunikation stattfindet und ausreichend stattfindet, das Team aber auch nicht zu einem Debattierclub verkommt. Zu erreichen ist dies nur über eine hohe Zielgerichtetheit in der Kommunikation, die wiederum auf ein klares gemeinsames Zielverständnis im Team zurückgreift. Auch darin zeigt sich die Kunst einer kompetenten Teamführung, die es versteht, Kommunikation zuzulassen, aber nur die Kommunikation, die das Team näher zum Ziel bringt. Näher zum Ziel bringt das Team in diesem Sinne aber nicht eine ausschweifende, alles zerredende Kommunikation, sondern eine Kommunikation, die bereit ist, das Fremdbild zum Team und zu Individuen aufzunehmen (Feedback-Kultur), und die eine Reflexion zu Problemen und Konflikten im Team (Reflexionskultur) ermöglicht. Reflexion bedingt aber auch die Möglichkeit, Themen in der Diskussion abzuschließen und als Team neu aufzugreifen, wenn Lösungen gefunden wurden.

Teamführung und Teamkommunikation

In der Darstellung der verschiedenen Dimensionen, die für ein Funktionieren eines Teams entscheidend sind, ergaben sich im Beschriebenen bereits schon zwei wesentliche Kompetenzen, die im Team entwickelt werden müssen: einerseits die Teamführung, die Entscheidendes in der Ausrichtung und der Energie und Effizienz des Teams beiträgt, und andererseits die Teamkommunikation, die grundlegend für den Umgang mit Fehlern, aber auch mit anderen Bedrohungen im Team ist. In diesem Sinn führt die Sicherstellung eines kompetenten Teams zu einem verbesserten Umgang mit Problemsituationen, indem es einerseits die Pro-

blemlösungskompetenz selbst erhöht, aber gleichzeitig auch die Konfliktlösung und die Stressbewältigung im Team grundlegt.

Adäquat auf Fehler reagieren

Im medizinischen Alltag können „Fehler“ als eine der Hauptauslöser von Problemen, Konflikten und Stress betrachtet werden. Um sich diesem Thema nähern zu können, bedarf es aber zunächst eines klareren Verständnisses des Begriffes „Fehler“. Ohne in semantische Spitzfindigkeiten oder Fehlertypisierungen abzugleiten, kann man allgemein Fehler als Abweichungen von einem Soll-Zustand (einem Soll-Ergebnis, einer Soll-Struktur oder einem Soll-Prozess) betrachten.³ In der Medizin sind es zumeist Abweichungen von Soll-Prozessen, die als Fehler erkannt werden, jedoch wird diese Frage noch von etlichen Unbekannten überlagert, die sich in unerwünschten Ereignissen oder schicksalhaften Entwicklungen bekunden. Mehrfach wurde auch schon belegt, dass diese Fehler in Abläufen und Strukturen nicht primär auf das Versagen von Einzelpersonen, sondern auf ein Versagen eines Systems (in den meisten Fällen eines Teams) zurückzuführen ist.⁴

In unserer Abhandlung soll es aber weniger um das Entstehen dieser Fehler gehen, sondern um die adäquate Reaktion im Team darauf. Und dafür ist die Fehlerkultur in einem Team wesentlich, die von drei Faktoren abhängt: Am wichtigsten ist in diesem Zusammenhang, die Rolle und die Reaktion der *Teamführung* zu sehen. Welche Reaktion ein Vorgesetzter auf einen aufgetretenen Fehler zeigt, ist prägend für die gesamte diesem unterstehende Organisation. Daneben sind auch die vorherrschende *Teamkultur* und der emotionale Umgang mit Fehlern ein wichtiges Element. Inwieweit gibt eine Atmosphäre der Angst vor Fehlern, die oft dazu führt, dass umso mehr Fehler aus einem Vermeidungsverhalten passieren? Und letztlich ist die *Kommunikation* im Team die dritte entscheidende Perspektive im Umgang mit Fehlern. Gerade in der Kommunikation von Beinahe-Fehlern und dem

Umgang damit zeigt sich eine positive Fehlerkommunikationskultur auf – oder eben nicht. Aber auch in der Behandlung von unerwarteten Ergebnissen und der damit verbundenen Bereitschaft, eigene Handlungsweisen kritisch zu hinterfragen, steckt viel Potential im positiven Umgang mit Fehlern.

Aufbau einer Fehlerkultur

Ultimatives Ziel jedes Fehlers im medizinischen Ablauf – wie auch in allen anderen industriellen Bereichen – muss es sein, möglichst viel daraus zu lernen. Das Lernen darf aber nicht dabei stehen bleiben, ähnliche Fehler in Zukunft zu vermeiden, sondern muss die Verbesserung des Gesamtprozesses im Blick haben. Den Fehler damit auch als Chance zu begreifen, ohne dabei gleich in Exzesse wie einem Fehlerwettbewerb zu verfallen⁵, ist daher wesentliche Aufgabe im Aufbau einer Fehlerkultur. Die positive Heraushebung von Fehlern kann ein kommunikatives Element in der Bewusstmachung der positiven Möglichkeiten von Fehlern darstellen, sollte aber nicht den Grundsatz eines Teams im Umgang mit Fehlern widerspiegeln.

Das Lernen aus Fehlern als Zielsetzung der Fehlerkultur in einem Team beruht darüber hinaus auf zwei wesentlichen Prozessen:⁶ zunächst einem *Reflexionsprozess*, der sowohl auf individueller Ebene (Welche Grundlage hatte ich für mein Handeln? Was hat mich abgehalten, das „Richtige“ zu tun?) als auch auf Teamebene (Welche Verhaltensmuster findet man im Team? Wie begünstigt unsere Teamkultur Fehler?) stattfinden muss, und in der Folge einem *Rückkoppelungsprozess* in den Alltag, der ebenfalls individuell (Was kann ich in Zukunft besser machen?) und organisatorisch (Welche Prozesse müssen angepasst werden? Welche Haltungen müssen sich ändern?) passieren muss.

Was ergibt sich daraus für die Kommunikation von und über Fehler im Team? Ausgehend von der Teamführung darf es zu keinen Schuldzuweisungen kommen bzw. müssen diese unterbunden werden. In diesem Zusammenhang geht es aber weniger um Floskeln, die in diversen Teamführungsseminaren

angeboten werden und als Einstieg in eine Teamkommunikation gedacht sind, sondern es geht um Haltungen, die Grundlage für unsere Kommunikation sind. Die Haltungen müssen sich vor allem an der Grundzielsetzung ausrichten, dass Fehler eine Chance zum Lernen darstellen und nicht eine Chance Macht auszuüben oder zu bestrafen.

Trotzdem bedarf es gewisser vorgegebener Strukturen, wie man sie z. B. in Fehlerkonferenzen gut abgebildet findet. Dabei geht es aber weniger um bürokratische Dokumentationsabläufe, die eventuelle forensisch von Bedeutung sein können, sondern es geht um klar definierte Feedback-Schleifen, deren sich alle unvoreingenommen aussetzen wollen und die vor allem verhindern helfen, dass „Vernaderer“ zu ihrem negativ besetzten Erfolg kommen. Auch außerhalb von Fehlerkonferenzen bedarf es zielgerichteter Strukturen, die die Kommunikation von und über Fehler ermöglichen. Dies bedeutet einerseits Raum und Zeit für diese Kommunikation, aber auch eine ausgeprägte Führungsaufgabe für die Teamleitung, die sich aktiv um diese Kommunikation von Fehlern bemühen muss. Wichtig ist in diesen Strukturen aber auch eine Offenheit und Transparenz, die jeden Eindruck von Mäuscheln hinter verschlossenen Türen hintan hält. Wenn man Fehler als Versagen der Teamleistung versteht, dann muss auch das gesamte Team diese Fehler diskutieren und daraus lernen können.

Woran erkennt man nun eine gute Fehlerkultur in einem Team? Allgemein werden folgende Wahrnehmungen als Signale für eine gute Fehlerkultur genannt:⁷

- Kompetenz im spontanen Umgang mit auftretenden Fehlern: Mitarbeiter, die Fehler begehen oder denen Fehler auffallen, wissen wie damit umzugehen ist und vor allem, welche Kommunikationswege einzuschlagen sind.
- Einschätzung, ob aus Fehlern Nützliches gelernt werden kann: Aufgrund der erworbenen Kompetenz im Umgang mit Fehlern, kann die Relevanz von Fehlern eingeschätzt werden; un-

kritische Fehler führen nicht zu unnötigen Unterbrechungen in Abläufen.

- Risikobereitschaft: Die Sicherheit im Umgang mit Fehlern im ganzen Team führt zu einer kalkulierbaren Risikobereitschaft, die auch Grundlage für eine sinnvolle Innovation im Umgang mit Prozessen und Strukturen ist.
- Emotionale Belastung durch Fehler ist gering: Eine Sicherheit in der Abschätzung, was beim Auftreten von Fehlern passiert, führt zu einer hohen emotionalen Stabilität und damit auch zu weniger Folgefehlern durch eine ungerichtete Emotionalität.
- Antizipation möglicherweise auftretender Fehler: Die neu gefundene positive Haltung im Umgang mit Fehlern ermöglicht auch den nötigen Weitblick, um Fehler bereits in Ansätzen zu erkennen und entsprechend zu reagieren.
- Verbergen von Fehlern ist nicht nötig: Damit erreicht man, dass jeder Fehler die Chance erhält, zum Lernen beizutragen und vorhandene Fehler auch als solche erkannt und ausgeradiert werden.
- Offene Kommunikation über Fehler: Damit wird auch das gesamte Team gestärkt und die umfassende Problem- und Konfliktlösungskompetenz entwickelt.
- Reflexion über Fehler: ermöglicht auf individueller Ebene die Persönlichkeitsentwicklung der Mitarbeiter und auf Teamebene die Entfaltung von Potentialen in der Teamzusammenarbeit und in der Innovationskraft des Teams.

Um diesen Status einer Fehlerkultur zu erreichen, bedarf es natürlich auch der Einführung gezielter Maßnahmen und Instrumente, die z. T. schon in anderen Industrien erfolgreich im Einsatz sind und sich entsprechend in der Etablierung einer Team- und Fehlerkultur bewährt haben. Dazu gehören vor allem Simulationen und Teamtrainings, wie sie heutzutage bereits für notfallmedizinische Teams zum Einsatz kommen.⁸ Dabei werden an Roboterpuppen Notfallsituationen geübt, wobei nicht nur die fachlich richtige Anwendung medizinischen Wissens, sondern vor allem das Zusam-

menspiel im Team erprobt wird. Die daraus gewonnene Erfahrung, als Team Lösungen generieren zu können und Problemfälle gemeinsam zu einer für alle bessere Lösung zu bringen, ist Grundlage für weitere Teamtrainings. In der Luftfahrt gehören diese so genannten Crew-Resource-Management Trainings zum fixen Bestandteil der Ausbildung.

Im Qualitätsmanagement vor allem der produzierenden Industrie haben sich kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) als Grundlageninstrument für die Steigerung der Qualität wie auch der Produktivität seit langem etabliert. Auch hier gibt es noch viel Aufholbedarf in der Medizin. Und nicht zuletzt sollte man eine entsprechende Fehler- und Teamkultur als Unterrichtsgegenstand bereits im Medizinstudium und in der fachspezifischen Berufsausbildung von Pflege und anderen medizinischen Berufen andenken, wie dies im Rahmen der Überarbeitung diverser medizinischer Curricula an deutschen Universitäten bereits geschehen ist.⁹ Nachdem es sich primär um Haltungen im Bezug auf andere Berufsgruppen und Teammitglieder handelt, können diese Grundstrukturen nicht früh genug bewusst gemacht werden.

Auf dieser Grundlage ist nicht nur im Sinne der Patienten, die unter weniger Fehlern zu leiden haben werden, sondern auch im Sinne der medizinischen Mitarbeiter, die vor allem eine verbesserte Teamkultur erleben wollen, ein „Zusammenarbeiten“ einem leider allzu oft üblichen „zusammen Arbeiten“ bei weitem vorzuziehen.

Referenzen

- 1 Kozlowski S. W. J., Ilgen D. R., *Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams*, Psychological Science Public Interest (2006); 7: 77-124
- 2 Geisler L. S., *Kommunikation im Team*, Online-Version des Vortrags vom 23. September 2006 in Hamburg, 6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0609kommunikation-team.html> (letzter Zugriff am 10. Jänner 2011)
- 3 Oser E., Hascher T., Spychiger M., *Lernen aus Fehlern – zur Psychologie des „negativen Wissens“*, in: Althof W.

- (Hrsg.), *Fehlerwelten – vom Fehlermachen und Lernen aus Fehlern*, Leske und Budrich, Opladen (1999), S. 11-43
- 4 Reason J., *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Aldershot-Ashgate, Hampshire (1997)
 - 5 Miller B., *Jeder Fehler wird belohnt? Etablieren Sie eine transparente Fehlerkultur*, www.business-netz.com (2010), <http://www.business-netz.com/artikel/Beruf-und-Leben/Kommunikation/Fehlerkultur-im-Unternehmen-implementieren> (letzter Zugriff am 10. Jänner 2011)
 - 6 Bauer J., *Fehlerkultur und epistemische Überzeugungen als Einflussfaktoren individuellen Kompetenzerwerbs am Arbeitsplatz*, in: Gruber H. et al. (Hrsg.), *Kapital und Kompetenz – Veränderungen der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen aus erziehungswissenschaftlicher Sicht*, Leske und Budrich, Opladen (2003), S. 55-76
 - 7 Rybowski V., Garst H., Frese M., Batinic B., *Error Orientation Questionnaire (EOQ): Reliability, validity, and different language equivalence*, *J Org Behav* (1999); 20: 527-547
 - 8 Als Beispiel eines entsprechenden Simulationszentrums für die Intensiv- und Notfallmedizin hat sich an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität ein Simulationszentrum etabliert: <http://www.pmu.ac.at/en/1321.htm>
 - 9 Mühlinghaus I. et al., *Teamarbeit und Fehlermanagement als Inhalte des Medizinstudiums*, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* (2007); 24(4): Doc184

Titus Gaudernak, Enrique H. Prat

Kommunikation bei Behandlungsfehlern aus ethischer Sicht

Communication After Treatment Errors: An Ethical Approach

Zusammenfassung

Bei unerwünschten Ereignissen, besonders aber bei Behandlungsfehlern gerät die Arzt-Patient-Beziehung meistens in eine Krise. Das Vertrauensverhältnis ist erschüttert, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verletzt und das Fürsorgeethos des Arztes in Frage gestellt. Diese Ereignisse werfen für den Arzt und für das Pflegepersonal besondere ethische Fragen auf. Wenn man diese Fragen nicht klärt und in der Folge nicht die ethisch richtigen Haltungen einnimmt, kann das verlorene Vertrauen nicht wieder gewonnen werden. Sowohl die Prinzipienethik, insbesondere aber die Tugendethik, liefern wichtige Ansätze, um die Kriterien einer wirksamen, patientenorientierten Kommunikation bei Fehlern auszuarbeiten und das Vertrauen wiederherzustellen.

Schlüsselwörter: Behandlungsfehler, Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation Prinzipienethik, Tugendethik

Abstract

In adverse events, and medical errors in particular, the physician-patient relationship can enter into a crisis. The bond of trust is shaken, the patient's autonomy is injured and the caring ethos of the physician is questioned. Such events raise special ethical questions for doctors and nursing staff. If these questions are not addressed properly and ethically correct attitudes are not assumed, the lost trust cannot be regained. An ethics of principles, but particularly an ethics of virtues, provides a sound basis for the development of criteria for effective, patient-oriented communication in the case of errors, in order to re-establish a relationship of trust.

Keywords: Medical Error, Physician-patient Relationship, Communication, Ethics of Principles, Ethics of Virtues

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak
Facharzt für Unfallchirurgie
Franz-Josefs-Kai 65, A-1010 Wien
t.gaudernak.ordination@chello.at

Prof. Dr. Enrique H. Prat
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

1. Irren ist menschlich

Murphys Gesetz lautet in der bekannten Form: Alles was schief gehen kann, wird auch schief gehen. Umgelegt auf die Medizin heißt das: Jeder wird früher oder später mit Fehlern und Fehlleistungen konfrontiert.

Aber Ärzte dürfen keine Fehler machen, das haben sie schon in der Ausbildung so gelernt. Im traditionellen Verhältnis einer Fehler-(Un-)Kultur lautet deshalb nicht selten die Devise nach Bekanntwerden eines Fehlers: Besser nichts reden, Vorwürfe zurückweisen und nur noch fragen: Wo ist der Schuldige?

Unerwünschte Ereignisse sind nicht zwingend Folgen von Fehlern. Häufig sind es „schicksalhafte“, nicht vermeidbare Verkettungen von Umständen, die ein nicht erwünschtes Ergebnis oder einen Misserfolg nach sich ziehen.

Der Patient¹ erwartet sich aber den optimalen Verlauf einer Behandlung, der Arzt wiederum geht davon aus, dass der Patient über alle Komplikationen und Risiken ohnedies Bescheid weiß, er ist ja darüber aufgeklärt worden und hat mit diesem Wissen in die Behandlung eingewilligt. Im Stillen denkt er: „Jetzt ist eben eine Komplikation eingetreten, was muss ich da noch viel erklären?!“ Folge ist, dass der Patient nicht ausreichend oder gar nicht informiert wird, dass jedoch das Behandlungsergebnis anders sein wird, als erwartet, dass eine Komplikation aufgetreten ist. Die Folge ist, der Patient wird nicht darüber informiert, dass das Behandlungsergebnis anders sein wird, als erwartet, dass eine Komplikation aufgetreten ist. Aber am Verhalten der Ärzte und des Pflegepersonals, am Nicht-mehr-Erscheinen des Operators, und weil der Genesungsverlauf völlig anders abläuft, schöpft der Patient den Verdacht, dass etwas schief gelaufen sein muss.

Für den Betroffenen ist trotz guter Aufklärung das Eintreten eines unerwünschten Ereignisses oft schwer zu verstehen, vor allem dann, wenn ein Schaden offensichtlich wird oder der Verdacht einer Schädigung aufkeimt. Spätestens jetzt, aber ganz besonders dann, wenn ein Fehlverhalten vorliegt

oder zu vermuten ist, steht die Fehlerkultur der Organisation auf dem Prüfstein, und die ersten Gespräche bestimmen den weiteren Verlauf. Eine kommunikative Kompetenz, über die meist weder Ärzte noch andere an der medizinischen Organisationen Beteiligte verfügen, ist nun dringend gefragt.

2. Krise der Arzt-Patient-Beziehung bei Behandlungsfehlern

Bei unerwünschten Ereignissen, insbesondere bei vermuteten oder tatsächlichen, folgenschweren Behandlungsfehlern, gerät die Arzt-Patient-Beziehung in die Krise: Das Vertrauensverhältnis ist erschüttert, der Patient fühlt sich getäuscht und stellt das Fürsorgeethos des Arztes und/oder der Krankenanstalt in Frage.

Im schlimmsten Fall verliert der Patient ohne Vorwarnung – zeitweilig oder für immer – durch fremde Einwirkung etwas Persönliches, etwas, das zu seiner Identität gehört: ein Organ, eine Fähigkeit, die Gesundheit. Er hat das Ereignis nicht gewollt, es ist für ihn ein Schaden entstanden. Ihm ist dadurch Ungerechtigkeit im eigentlichen Sinn widerfahren, die logischerweise Wiedergutmachung verlangt.

Beim Arzt, bei der Abteilung oder beim Krankenhaus steht der Fehler nicht nur im Widerspruch zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, sondern auch zum Fürsorgeethos, das die Beziehung von Seiten der behandelnden Ärzte prägen sollte. Eines der vier Hauptprinzipien der medizinischen Ethik, die Schadensvermeidung, wurde mehr oder weniger schuldhaft in der Behandlung verletzt. Ein Schaden wurde zugefügt und zieht die Frage nach sich, ob es auch einen Schuldigen dafür gibt.

In arbeitsteiligen Gesundheitseinrichtungen, besonders in größere Krankenanstalten, ist die Fehlerursache selten einer einzigen Person zuzuordnen, Missverständnisse und Missgeschicke können nur schwer den einzelnen Beteiligten angelastet werden, denn meist handelt es sich um eine Verkettung mehrerer Umstände und Personen. Trotzdem verändert sich bei Fehlern logischerweise die Stellung des Arztes im Verhältnis zum Patienten. Er ist

im konkreten Moment des Auftretens von Fehlern de facto nicht mehr Fürsorger und Anwalt des Patienten gewesen. Seine Position in der (trotz partnerschaftlicher Orientierung) asymmetrischen Beziehung zum Patienten hat ihre Stärke eingebüßt. Der Fehler, der für ihn möglicherweise straf- und zivilrechtliche, d. h. auch wirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen wird, hat ihn selbst verwundet. Auch sein Ruf kann schwer darunter leiden. Wie soll er sich nach dem Fehler verhalten? Kann er sich wieder zu seinem Fürsorgeethos bekennen und den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen betreuen? Oder soll er seinem Selbstverteidigungstrieb folgend gegenüber dem Patienten auf Distanz gehen und sich vor allem darum sorgen, dass die Folgen des Fehlers für ihn, den Arzt, möglichst gering ausfallen? Vor diesem Dilemma stehen viele Ärzte und Krankenanstalten.

Wo liegt die Lösung? Die durch einen Fehler entstandene Beziehungskrise zwischen Arzt und Patient kann nicht durch einen Rückzug an Kommunikation, sondern, im Gegenteil, nur durch ein Mehr an richtiger, kluger, umsichtiger und taktvoller Kommunikation überwunden werden. Kommunikationstechnik allein wäre aber zu wenig. Die kluge und authentische Kommunikation setzt adäquate moralische Haltungen voraus, die sich erst aus der ethischen Lösung des erwähnten Dilemmas ergeben müssen.

Im 3. Abschnitt werden diese moralischen Fragen aus der Sicht der Prinzipienethik und im 4. Abschnitt aus der Perspektive der Tugendethik erörtert. Im 5. Abschnitt sollen zusammenfassend sechs Hauptkriterien einer patientenorientierten Kommunikation bei Fehlern begründet werden.

3. Umgang mit Behandlungsfehlern aus prinzipienethischer Sicht

3.0 Vier Prinzipien medizinischer Ethik

In den letzten Jahrzehnten haben sich in der medizinischen Ethik vier Prinzipien (oder Gebote)², die als Hauptgrundsätze der Bioethik³ gelten, durchgesetzt. Sie haben inzwischen den Platz ein-

genommen, den noch bis vor kurzem die über Jahrhunderte tradierten Hippokratischen Grundsätze belegt hatten. Diese vier Prinzipien – Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit – sind eigentlich keine wirklich neuen, da zumindest die drei letzten in der hippokratischen Tradition weitgehend enthalten sind.⁴ Die Prinzipienethik ist eine Ethik der dritten Person, die eine Handlung von außen objektiv betrachtet und diese beurteilt, ohne auf die inneren Motivationen und Absichten der Handelnden einzugehen.⁵ Die medizinische Handlung muss sich nach dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten orientieren, Schaden vermeiden, das Wohlergehen des Patienten fördern und gerecht sein. Die Frage, die sich im Rahmen dieser Arbeit stellt, ist: Welche dieser Prinzipien oder Gebote werden durch den Behandlungsfehler verletzt? Und darüber hinaus: Wie soll man diese Prinzipien anwenden, um die nach dem Behandlungsfehler gestörte Arzt-Patient-Beziehung zu heilen?

3.1 Autonomieprinzip

Aus der Sicht des Autonomieprinzips („*voluntas aegroti suprema lex*“) wird durch einen Behandlungsfehler das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten verletzt.⁶ Das Ereignis widerspricht dem Willen und der Erwartung des Patienten, der nichts dagegen tun kann. Nach einem Fehler verlangt das Autonomieprinzip, dem Patienten rasch, in passender Weise, schonend und mit psychologischer Unterstützung, die Möglichkeit zu geben, sein Selbstbestimmungsrecht wieder auszuüben. Dies setzt voraus, dass er ehestens informiert wird, zugleich mit ihm auch alle Personen in seinem Umfeld, besonders die Auskunftsberechtigten und Angehörigen, verbunden mit der Bitte, ihm zu helfen, das Ereignis richtig zu verstehen, es emotional zu verkraften sowie ihn in seinen autonomen Entscheidungen⁷ unterstützend zu beraten. Ein Verzug in der Information oder diese nur beschönigend weiterzugeben, würde nicht nur gegen dieses Prinzip, sondern gegen alle andere drei verstoßen: Er würde den Schaden vergrößern, keinen Nutzen

bringen und wäre ungerecht. Die Schuldhaftigkeit des Behandlungsteams würde sich durch so ein Verhalten nur vergrößern.

3.2 Schadensvermeidung

Das Schadensvermeidungsgebot (klassische Maxime: „primum nil nocere“) wird durch den Fehler nicht absichtlich, aber faktisch missachtet: Ein Schaden ist entstanden. Dieses Prinzip sollte nach Fehlern sofort und ohne zu zögern dazu führen, Handlungen zur medizinischen Begrenzung des Schadens zu setzen. Unabhängig davon, wer hier die Schuld trägt, müssten sich alle Beteiligten im Behandlungsteam solidarisch für die Durchführung dieser Maßnahmen verantwortlich fühlen. Dieses Prinzip enthält auch das Gebot, aus dem Ereignis zu lernen, d. h. dass Vorsorge getroffen wird, damit dieser Fehler nicht mehr vorkommt bzw. verhindert wird, soweit dies möglich ist. Risikomanagement und Qualitätssicherung müssten in Hinblick auf den konkreten Fehler überprüft werden.

3.3 Fürsorge

Das Prinzip der Fürsorge (klassische Maxime: *primum utilis esse*) geht über das Schadenvermeidungsgebot hinaus und gebietet, das Wohlergehen des Patienten zu fördern. Diese Förderung inkludiert ganz besonders die psychologische Betreuung und emotionale Begleitung des Opfers eines Behandlungsfehlers. Meistens ist der Schock der erste Schaden, der rasch behandelt werden soll, damit sich der Patient in der neuen Situation langsam zurechtfinden kann.

3.4 Gerechtigkeit

Wie bereits erwähnt, wird der von Fehlern verursachte Schaden vom Leidtragenden als Ungerechtigkeit wahrgenommen, die nach Wiedergutmachung verlangt. Es gibt unerwünschte Ereignisse, die durch ein Fehlverhalten verursacht sind und dazu führen, dass das Opfer einer Qualität, eines Organs oder einer Fähigkeit zeitweilig oder für immer beraubt wird. Obwohl diese Körperver-

letzung nicht beabsichtigt ist, verlangt das Prinzip der Gerechtigkeit einen Ausgleich, eine Restitution, die auch zivilrechtlich im Behandlungsvertrag inkludiert sein kann. Das Problem ist, dass bei solchen Schäden schwer zu entscheiden ist, wie die Wiedergutmachung konkret gestaltet werden soll. Wie schon oben erwähnt, ist die Fehlerursache oft nicht eindeutig einer Person zuzuordnen, d. h. der Schuldige oder die Schuldigen sind nicht auszumachen. Außerdem trifft das Ereignis alle Beteiligten unvorbereitet und überraschend, weder der Arzt noch der Patient rechnet mit dem Eintreten des Fehlers. Zunächst muss die Krankenanstalt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen klar bekunden, dass alles getan wird, um den Schaden zu begrenzen, das Wohlergehen des Patienten zu fördern, und dass auf jeden Fall für die lückenlose Aufklärung gesorgt werde. Hier dürfte ganz entscheidend sein, dass die Betreiber von Krankenanstalten dafür ganz konkrete Leitlinien für den Ernstfall ausarbeiten, damit der Patient während des Prozesses der Schuldaufarbeitung nicht darüber im Unklaren gelassen wird, dass eine Person, der er vertrauen kann, die Verantwortung für die Aufklärung des Vorfalles mit allen Konsequenzen übernehmen wird.⁸

4. Umgang mit Behandlungsfehlern aus tugendethischer Sicht

4.0 Was ist Tugendethik?

Die in der aristotelischen Tradition stehende Tugendethik⁹ ist im Gegensatz zu der Prinzipienethik eine Ethik der ersten Person. Die Handlung wird aus der Perspektive des handelnden Subjektes betrachtet und beurteilt. In dieser Betrachtung spielen innere Momente des Menschen wie Affekte, Neigungen, Motivationen und Absichten eine entscheidende Rolle.¹⁰ Die Fragestellung der Tugendethik ist eine Doppelte: Was ist gut, das ich in dieser Situation tue, und wie gelingt es mir, es zu tun? Es geht also um einen ganz anderen Zugang zum Guten als in der Prinzipienethik, wenn auch um einen komplementären.¹¹

„Tugenden sind Fertigkeiten und Geschicklichkeit im Handeln, die den Menschen dazu geneigt und geeignet zugleich machen, das Gute gut zu tun. Aber die moralischen Tugenden sind nicht nur diese Neigung zum Guten und die Befähigung dazu, sondern auch immer Qualitätsliebe im Sinne einer Prädisposition, das Gute mit Freude auszuführen. Moralische Tugend ist die erworbene stabile Disposition und Neigung, bestimmte Arten von Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit und Spontaneität zu tun.“¹² Die vier Prinzipien der Bioethik wurden bereits aufgezählt. Diese können aber ohne die entsprechenden Tugenden nicht eingehalten werden.¹³ Prinzipien verhalten sich zu den Tugenden in etwa wie die theoretische zu der praktischen Kompetenz. Der Theoretiker weiß in einer Situation zwar, was zu tun wäre, kann es aber nicht selbst umsetzen; der Praktiker hingegen weiß nicht nur, was und wie es zu tun ist, er ist auch imstande, es umzusetzen. So kann etwa nur derjenige, der schon tugendhaft gerecht ist, einer Forderung des Gerechtigkeitsprinzips freiwillig nachkommen. Das heißt aber nicht, dass Gerechtigkeit nur dank tugendhafter Subjekte möglich ist. Bei ungerechten Handlungen können auch Gerichte dafür sorgen, dass zwangsweise Wiedergutmachung geleistet wird. Allerdings ist es nicht das Ideal, allein durch Verbote und Gerichtsbeschlüsse Gerechtigkeit herstellen zu wollen.

Nach der klassischen Tugendethik sind es also die Tugenden, die das operative Vermögen des Menschen vervollkommen. Und dieses operative Vermögen baut auf vier Säulen: die praktische Vernunft, das Strebevermögen, d. h. den Willen, das sinnliche Begehren und den Mut. Jedes dieses vier Vermögen wird durch eine Tugend vervollkommen: Klugheit (Vernunft), Gerechtigkeit (Wille), Maß (sinnliches Begehren), Starkmut (Mut). Diese sind die Kardinaltugenden (von „cardo“, lat. Türangel), alle anderen Tugenden sind Teile dieser vier.

4.1 Klugheit

Die Klugheit (*prudentia*) ist die Gewandtheit des

richtigen und guten Handlungsurteils,¹⁴ die Fähigkeit zu angemessenem Handeln im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung *aller* für die Situation relevanter Faktoren, individueller Handlungsziele und sittlicher Einsichten. Sie wird auch praktische Weisheit genannt. Klug ist, wer nach Fehlern einen klaren Kopf behält: Er wird nicht übereilt, aber doch rasch, ja sehr rasch handeln, ohne Panik aufkommen zu lassen. Klug ist, wer sich beraten lässt und als Berater vertrauenswürdige Experten heranzieht – und nicht befangene Menschen. Klug handelt, wer die richtigen Prioritäten setzt: An erster Stelle steht der Patient, seine Autonomie, Maßnahmen zur Begrenzung des Schadens, die Förderung seines Wohlbefindens und auch die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zum Behandlungsteam. Klugheit erfordert eine gute Koordination im Behandlungsteam. Das schädliche Ereignis soll aufrichtig von allen bedauert werden. Sobald feststeht, dass es einen Behandlungsfehler gab, darf dieser weder innerhalb des Teams noch gegenüber dem Patienten geleugnet werden. Es ist klug, bei schicksalhaften Ereignissen den Zusammenhalt aller zu demonstrieren: Einheit im Team, und soweit es geht, Verbundenheit mit dem Patienten und mit den Angehörigen.

Eine Aufspaltung des Teams in Schuldige und Nichtschuldige ist kontraproduktiv, sie würde den Wiederaufbau des Vertrauens des Patienten behindern. Die Frage nach der Schuld und den Schuldigen ist im ersten Moment nachrangig. Allerdings sollen die zuständigen, unabhängigen Gremien rasch nach Bekanntwerden des Vorfalls mit einer möglichst umfassenden Sammlung und Analyse aller Fakten beginnen, um ehest möglich Klarheit über die Frage der Schuld zu gewinnen (vgl. 2.4). Dies muss auch nach außen gegenüber dem Patienten und den Angehörigen kommuniziert werden.

Klug ist, wer über Einfühlungsvermögen (Empathie), d. h. Einsicht in die Gefühlswelt der anderen verfügt, in diesem Fall in die des Patienten, aber auch der Kollegen im Behandlungsteam. Die Tugend der Empathie ist wichtig für jede Kommunikation, insbesondere nach Fehlern: Eine taktlose

Kommunikation wird zahlreiche Missverständnisse bewirken und Konflikte nur vergrößern.

Klug ist, wer aus Erfahrung lernt. Daher werden Fehler auch Anlass sein, das Risikomanagement und die Qualitätssicherung zu verbessern und sofort Maßnahmen zu treffen, damit der konkrete Fehler nicht nochmals vorkommt.¹⁵

4.2. Gerechtigkeit

Die Tugend der Gerechtigkeit (*iustitia*) hat natürlich mit dem gleichnamigen Prinzip (vgl. 3.4) viel zu tun, ist aber nicht dasselbe. Gerechtigkeit ist die Haltung, kraft derer eine Person mit standhaftem und beständigem Willen einem jeden sein Recht zuerkennt.¹⁶ Tugendhaft gerecht ist der Arzt, wenn er nicht bloß deshalb gut handelt, um nicht angeklagt werden zu können, oder um dem Gesetz Genüge zu tun. Er handelt vielmehr darüber hinaus aus der Grundeinstellung, das wahrhaft Gute für den Anderen zu wollen, das heißt das, was am ehesten zur Erfüllung von Sinn und Existenz des Anderen führt. Damit kommt er selbst als Person in Beziehung zum Patienten. Diese Erweiterung des Entscheidungshorizontes ermöglicht es erst, in der Reflexion auf die konkrete Situation das wahrhaft Gute zu finden. Durch Einübung wird er dies mit Freude und ohne Zögern tun.¹⁷

Gerecht ist, wer nach Fehlern besonders um die Achtung des Willens des Patienten, um Minimierung des Schadens und um die Förderung des Wohlergehens des Opfers bemüht ist. Der Gerechte wird ebenfalls die Wiedergutmachung für den Schaden in den Vordergrund seiner Bemühungen stellen und nicht nur auf reine Selbstverteidigung abzielen, um den bestmöglichen Ausstieg aus dem Konflikt zu erreichen. Hier zeigt es sich, dass diese Tugend für alle, die die vier oben erwähnten Prinzipien umsetzen wollen, unerlässlich ist. Wer diese Tugend, d. h. diese Haltung nicht hat, wird es nicht schaffen.

Zur Tugend der Gerechtigkeit gehört auch die Wahrhaftigkeit. Wahrheit am Krankenbett ist ein Recht des Patienten, besonders nach Fehlern. Die Wahrheit in eigener Sache darf niemandem vor-

enthalten werden. Niemand darf getäuscht werden, und ganz besonders nicht, wenn man ihm einen Schaden zugefügt hat: Fahrerflucht ist ein Delikt. Da nicht nur der Patient, sondern auch das Behandlungsteam nach folgenschweren Behandlungsfehlern meist unter Schock stehen, ist es oft nicht leicht, die Wahrheit zu sagen, einfach weil man nicht wahrhaben kann oder will, was tatsächlich passiert ist. Der Wahrhaftige ist zunächst sich selbst gegenüber und dann auch den Auskunftsberechtigten gegenüber – Kollegen, Anstaltsleitung, Patient – aufrichtig. Aber auch eine rein faktische Wahrheit ist nicht immer leicht zu vermitteln. Dies kann für das Behandlungsteam, das soeben einen Fehler begangen hat, sehr schwer sein. Oft wird es notwendig sein, *ad hoc* ein professionelles Kommunikationstraining in Anspruch zu nehmen, denn die gängige kommunikative Kompetenz der meisten Mitglieder eines Behandlungsteams reicht für diese schweren Situationen oft nicht aus. Die Wahrheit richtig zu kommunizieren, erfordert die bereits erwähnte Tugend der Empathie (vgl. 3.1), die es erlaubt, die Kommunikation, d. h. die Botschaftsvermittlung, dadurch zu erleichtern, dass der Empfänger der Botschaft emotional richtig vorbereitet wird.

4.3 Tapferkeit

Die Lösung des Konfliktes, in den das Behandlungsteam nach begangenen Fehlern hineingeraten ist, verlangt von den behandelnden Personen große Tapferkeit (*fortitudo*). Dieser Tugend sind zwei Aktionstypen zuzuordnen: Ausharren (Ertragen) und Angreifen (Mut).¹⁸ Zum ersten Aktionstyp gehören die Geduld¹⁹ und die Langmut²⁰. Nach Fehlern braucht das Behandlungsteam viel Geduld. Es werden große Unannehmlichkeiten zu ertragen sein: eigene Frustration, verhörähnliche Situationen, Konfrontationen, belastende administrative Arbeit bis hin zum Einbruch in der Wertschätzung durch Vorgesetzte, Kollegen, Mitarbeiter und Patienten. Wie oben erwähnt: Eine „Fahrerflucht“-Handlung wäre eine Unklugheit, die das Problem nur noch verschlimmern würde. Die Geduld dage-

gen hilft, um der erhofften Konfliktlösung willen auch unangenehme, belastende Dinge zu ertragen. Langmut braucht man, wenn die Lösung sich in die Länge zieht und die Wartezeit zunimmt.

Zum zweiten Aktionstyp gehört der Mut, den Fehler gegenüber dem Patienten, seinen Angehörigen, den Kollegen und der Krankenhausleitung einzugestehen. Dass ein Fehler passiert ist, liegt ja meist bald auf der Hand. Wie es dazu gekommen ist und wer da die Schuld trägt, ist etwas anderes. Darüber sollte man erst später, wenn die Analysen abgeschlossen sind, sprechen. Auch braucht es Mut, die neue Lage mit dem Patienten auf angemessene Weise zu besprechen. Diese Übung von Mut, Geduld und falls notwendig von Langmut ist eine notwendige Voraussetzung, das Vertrauen des Patienten mit der Zeit wieder zu gewinnen. Sich um die Wahrheit zu drücken, sie durch Halbwahrheiten zu beschönigen, würde dagegen zur Eskalation des Konfliktes führen und den Weg zu einer guten Lösung verbauen.

4.4 Maßhalten

Das Maß (temperantia), auch Besonnenheit oder Maßhalten genannt, wird meistens in Zusammenhang mit der ärztlichen Praxis als die Tugend genannt, die vor diagnostischem und therapeutischem Übereifer bewahrt. Sie soll aber auch die Geldgier (durch Loslösung) und den Drang zur Selbstüberschätzung (durch Demut) mäßigen.²¹ Alle diese drei Aspekte dieser Tugend, eigentlich Teiltugenden des Maßes, kommen in der Situation des Arztes nach Behandlungsfehlern zum Tragen. Nicht selten wird nach Fehlern ein schwindelerregender und hektischer diagnostischer und therapeutischer Übereifer entfaltet. Damit will man signalisieren, dass man bereit ist, zum Wohl des Patienten bis an die äußerste Grenze aller Möglichkeiten zu gehen. De facto wird aber damit nur die Flucht nach vorne ergriffen, ohne sich den richtigen Problemen zu stellen. Durch hektische und überflüssige medizinische Maßnahmen wird die Lage nicht besser und kein Problem gelöst.

Dass Fehler auch Geld kosten, ist klar. Die Tugend der Loslösung wird helfen, keine kontraproduktive Handlung nur um des Geldes wegen zu setzen und bereit zu sein, für den begangenen Fehler auch die Kosten zu tragen (die meist von der Versicherung des Arztes bzw. des Krankenhauses gedeckt sind).

Besonders erwähnenswert ist auch die Tugend der Demut. Dass Irren menschlich ist, gibt jeder leicht zu, aber den eigenen konkreten Fehler einzugestehen, fällt normalerweise sehr schwer. Jeder begehrt einen guten Ruf, möchte Prestige haben, neigt dazu, sich selbst zu überschätzen, meint, in vielen Punkten besser als die anderen zu sein, und möchte sich in dieser Überlegenheitsposition anerkannt und honoriert wissen. Die Tugend der Demut ist notwendig, um auf dem Boden der Wirklichkeit zu bleiben, um die eigene Fehlerhaftigkeit im Allgemeinen, aber auch im Konkreten zuzugeben und aufrichtig zu bedauern. Diese Tugend ist nicht nur wichtig für den, der den Fehler begeht, sondern auch für die Kollegen, die Vorgesetzten und die Mitarbeiter, die sich davor hüten sollten, ihn zu verurteilen, als ob sie solche Fehler niemals begehen könnten. Demut führt daher zu Solidarität im Team. Beide Tugenden können dem Patienten und seinen Angehörigen dabei helfen, das bedauerliche Ereignis zu verkraften (vgl. 3.2 und 4.1).

5. Sechs Kriterien der patientenorientierten Kommunikation bei Behandlungsfehlern

Aus den besprochenen Prinzipien und Tugenden ergeben sich konkrete Handlungsanleitungen, die man in sechs Kriterien einer ethisch fundierten, patientenorientierten Kommunikation zusammenfassen kann:

1. rasches Handeln
2. Vertrauenssituation wiederherstellen
3. den objektiven Schaden minimieren
4. Mut zu Wahrheit aufbringen
5. Bereitschaft für Fehlerwiedergutmachung zeigen
6. Angehörige in die Kommunikation mit einbeziehen.

Bei der Besprechung der einzelnen Kriterien wird in Klammern auf die Abschnitte des Artikels verwiesen, in denen diese behandelt wurden.

5.1 Rasches Handeln

Nach einem Ereignis, bei dem der Patient einen Schaden erleidet, muss rasch gehandelt werden. Die erste Voraussetzung dazu ist, dass das Behandlungsteam sehr schnell zur Einsicht kommt, dass der Schaden möglicherweise Folge eines Fehlverhaltens ist und dies auch gegenüber weiteren Verantwortlichen (z. B. Ärztliche Leitung und Krankenanstaltsleitung) unverzüglich kommuniziert wird (vgl. 4.4). Erst dann können eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet werden: a) den Patienten zu informieren, vorausgesetzt dass er physisch und psychisch in der Lage ist, die Auskunft über seine Situation zu verkraften, (vgl. 3.1); b) dem Patienten nachhaltige medizinische Betreuung zur Schadensbegrenzung zukommen zu lassen (vgl. 3.2) und c) nach möglichst umfassender Sammlung aller Fakten die Analyse der Vorgänge beginnen (vgl. 3.4 und 4.1).

5.2 Vertrauenssituation wiederherstellen

Ein vom Patienten vermutetes Ereignis, das nicht angesprochen oder entsprechend erklärt wird, stellt einen starken Anreiz für eine Beschwerde oder Klage dar. Ein mitfühlendes und ehrliches Gespräch in geordneter Umgebung ist der wichtige erste Schritt, der oft am schwersten fällt. Bei folgenschweren Behandlungsfehlern wird meistens das Vertrauensverhältnis so sehr erschüttert, dass nur durch eine qualitativ anspruchsvolle empathische Gesprächsführung das zur Fortsetzung der Behandlung notwendige Vertrauen wieder hergestellt werden kann (vgl. 2.). Zu allererst muss der Patient aber einmal in die Lage gebracht werden, die Wahrheit zu verkraften und die neue Situation zu akzeptieren. Erst dann kann er wirklich autonome Entscheidungen treffen (vgl. 3.1). Einem Team zu vertrauen, das soeben versagt hat, ist schwierig. Daher müssen sich alle im Behandlungsteam, an-

gefangen vom Leiter der Abteilung, über Oberarzt, Stationsarzt, die Krankenpflegepersonen bis hin zum Psychologen (vgl. 3.2, 3.3 und 4.4) um das Vertrauen des Patienten bemühen. Eventuell kann es angebracht sein, auch gut ausgewählte teamfremde Kommunikationsexperten heranzuziehen.

5.3. Den objektiven Schaden minimieren

Das Behandlungsteam muss sich für die Durchführung dieser Maßnahmen solidarisch verantwortlich führen (vgl. 3.2). Der Patient muss laufend Signale bekommen, dass man sich aufrichtig bemüht. Es wäre dagegen unangebracht, durch diagnostische und therapeutische Hektik die Flucht nach vorne zu ergreifen (vgl. 4.4). Kosten sollen vorerst keine Rolle spielen, allerdings sind auch keine Erwartungshaltungen zu schüren (vgl. 4.4).

5.4. Mut zu Wahrheit

Mut (vgl. 4.3), Wahrhaftigkeit (vgl. 4.2) und Empathie (vgl. 4.1) sind jene Tugenden, die nach folgenschweren Fehlern beim Behandlungsteam besonders gebraucht werden und die Kommunikation prägen müssen. Erste Erklärungen gegenüber dem Patienten sollten sich auf Fakten beschränken: Was ist vorgefallen und wie wird sich das Ereignis auf den Patienten auswirken, sowohl unmittelbar als auch hinsichtlich der Prognose. Die Gespräche mit dem Patienten und, wenn der Patient es wünscht, auch mit seinen Angehörigen müssen im Team gut abgestimmt werden (vgl. 4.1). Vermutungen oder Schuldzuweisungen gegen Behandelnde sind auf jeden Fall zu vermeiden (vgl. 4.1). Schuldzuweisungen an den Patienten oder Vermutungen, dass möglicherweise der Patient selbst für den Schaden verantwortlich sein könnte, sind strikt zu unterlassen. Eine offene, ehrliche und wirksame Kommunikation enthält dagegen ein demütiges Eingeständnis und das glaubhafte Bedauern des Fehlers (vgl. 4.4). Dabei braucht nicht verschleiert zu werden, wie betroffen das Team ist. Dieses Eingeständnis schadet nichts, im Gegenteil: Ernstzunehmende Patientenbefragungen ergeben, dass

die Klagebereitschaft abnimmt, wenn dem Arzt ein ehrliches Bedauern geglaubt wird.²² Wichtig ist, alle Gespräche mit dem Patienten sehr gut vorzubereiten und im Team abzustimmen (vgl. 4.1.). Es gibt kaum etwas Schlimmeres als von jedem Arzt eine andere Version serviert zu bekommen. Ein *ad hoc* organisiertes professionelles Gesprächstraining ist bei folgenschweren Fehlern in Erwägung zu ziehen (vgl. 4.2). In solch schwerwiegenden Fällen wäre ein Training sicher keine unverhältnismäßige Maßnahme.

5.5 Bereitschaft zur Fehlerwiedergutmachung zeigen

Sowohl das Prinzip der Gerechtigkeit (vgl. 3.4) als auch die gleichnamige Tugend (4.2) fordern Restitution (4.4). Nach Behandlungsfehlern sollte bald die Bereitschaft dazu eindeutig kommuniziert werden, ohne auf Details einzugehen. Damit diese Botschaft glaubwürdig wird, muss sie vom Hauptverantwortlichen bestätigt werden, der den Patienten auch darüber informiert, wie eine Schadenswiedergutmachung aussehen könnte (vgl. 3.4).

5.6 Angehörige in die Kommunikation mit einbeziehen

Bei folgenschweren Behandlungsfehlern zählen auch die Angehörigen der Patienten zu den Opfern. Auch sie müssen die neue Situation verkraften. Vor allem sie werden dem Patienten helfen können, die neue Lage mit Zuversicht anzunehmen. Sofern es nicht Kinder sind, deren Eltern natürlich unverzüglich einzubinden sind, ist es klug (vgl. 4.1), Angehörige, sofern sie auskunftsberechtigt sind, umfassend zu informieren, sie in gewisse Entscheidungen mit Zustimmung des Patienten einzubeziehen und sie zu bitten, ihm zu helfen, damit er das Ereignis richtig zu verstehen und emotional zu bewältigen lernt, sowie ihn unterstützend in seinen Entscheidungen zu beraten (vgl. 3.1).

Referenzen

1 Begriffe wie Arzt, Patient, usw. in diesem Aufsatz be-

- treffen immer Ärzte und Ärztinnen, Patienten und Patientinnen usw.
- 2 Pöltner G., *Grundkurs Medizin Ethik*, Facultas, Wien (2002), S. 43 ff.
 - Schweidler W., *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, *Imago Hominis* (2000); 7: 35-48
 - 3 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, Oxford (1994)
 - 4 Lichtenthaler C., *Der Eid des Hippokrates, Ursprung und Bedeutung*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1874)
 - Roth G., *Juro, Spondeo ac Polliceor – Konstanz und Wandel der ärztlichen Eide und Gelöbnisse*, *Imago Hominis* (1995); 9-17
 - Koslowski L. (Hrsg.), *Maximen in der Medizin*, Schattauer, Stuttgart (1992)
 - 5 Gonzalez A. M., *Prinzipien und Tugenden in der Bioethik*, *Imago Hominis* (2000); 7: 17-33
 - 6 Gaudernak T., *Kommentar zum Fall: „Behandlung gegen den Willen des Patienten“*, *Imago Hominis* (1995); 2: 57-62
 - 7 Prat E. H., *Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten*, *Imago Hominis* (2009); 16: 115-128
 - 8 Plattform Patientensicherheit, *Wenn etwas schief geht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall*, <http://plattformpatientensicherheit.at/content/site/de/dokumenteempfehlungen/index.html>
 - 9 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*
 - 10 Rhonheimer M., *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, *Imago Hominis* (2000); 7: 103-114
 - Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001)
 - Müller A. W., *Was taugt die Tugend?*, Kohlhammer, Stuttgart (1998)
 - 11 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, Oxford (1993), S. 18-29
 - 12 Prat E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8: 265-272
 - Prat E. H., *Bioethik: Konsens und Tugendethik*, *Imago Hominis* (2000); 7: 125-138
 - 13 Bonelli J., Mader J., *Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog*, *Imago Hominis* (2000); 7: 189-197
 - 14 Auner N., *Tugend der Klugheit und ärztliche Praxis*, *Imago Hominis* (2001); 8: 275-281
 - 15 Prat E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhangs*, *Imago Hominis* (2000); 7: 199-211

- 16 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II qu. 58, art. 1
- 17 Klötzl R., *Die Tugend der Gerechtigkeit*, *Imago Hominis* (2001); 8: 283-290
- 18 Jahn O., *Tapferkeit als ärztliche Tugend*, *Imago Hominis* (2001); 291-295
- 19 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II q. 136, art. 1
- 20 von Aquin T., *Summa Theologiae*, II-II q. 136, art. 5
- 21 Kummer F., *Temperantia – Tugend des Maßhaltens*, *Imago Hominis* (2001); 8:297-302
- 22 Schwappach D., Köck C., *What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors*, *Int J Qual Health Care* (2004); 16: 317-326

Michael Memmer

Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern

Models of Compensation After Medical Errors

Zusammenfassung

Eine der zentralen Fragen nach einem Behandlungsfehler ist jene nach einer Entschädigung für den geschädigten Patienten. Lange Zeit war ein Schadenersatz vielfach nur über den Prozessweg zu erreichen. In den letzten Jahrzehnten wurden in Österreich aber Einrichtungen etabliert, die außergerichtliche Konfliktlösungen ermöglichen und die Patienten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche unterstützen: Patientenanwälte bzw. Patientenvertreter, Schiedsstellen der Ärztekammern und Entschädigungsfonds. Geschädigte Patienten können damit heute unbürokratisch, rasch und ohne Kostenrisiko Schadenersatzleistungen erlangen. Zudem wird durch einvernehmliche Streitbelegungen das Arzt-Patient-Verhältnis weniger stark beeinträchtigt als durch einen Prozess. Die außergerichtliche Streitbeilegung liegt damit auch im Interesse der Ärzte und Krankenanstaltenträger.

Schlüsselwörter: Behandlungsfehler, Schadenersatz, außergerichtliche Streitbeilegung, Patientenanwalt, Entschädigungsfonds

Abstract

One of the central questions after malpractice is compensation for the mistreated patient. For a long time compensation for damages could only be reached by legal action. But during the last decades institutions for out of court conflict solutions were established in Austria. These institutions support patients in achieving their claims: Patient advocates or patient representatives, conciliation proceedings of the medical association and compensation funds. Thus, mistreated patients today are able to reach compensation fast, without bureaucracy and without cost risk. Furthermore, the doctor-patient-relationship is less compromised than by a court action. The extrajudicial settlement therefore is in the interest of physicians as well as hospital holdings.

Keywords: Malpractice, Compensation for Damages, Settlement of Disputes out of Court, Patient Advocate, Compensation Funds

Univ.-Prof. Dr. Michael Memmer
Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität
Wien, Schenkenstraße 8-10, A-1010 Wien
Michael.Memmer@univie.ac.at

1. Einleitung

Immer wieder finden sich Berichte in den Medien wie „Routine-Eingriff mit tödlichen Folgen. Familie vermutet einen Kunstfehler“, „Atembeschwerden: Mediziner verwechselt Lungenembolie mit Maturastress“, „Falsches Bein amputiert“, „Laut Experten hatten die Ärzte das Nierenleiden von A. völlig unterschätzt“, „Mädchen erstickte bei Hausgeburt, weil die Hebamme laut Gutachten nicht schnell genug reagierte“ oder „Kunstfehler: Oberarzt entfernt falsche Niere“.

Ein Blick in die Printmedien zeigt auch, dass in der Laiensprache „Kunstfehler“ und „Behandlungsfehler“ meist synonym gebraucht werden. Der Begriff „Kunstfehler“ tauchte am Ende des 18. Jahrhunderts auf und hat sich damit zu einer Zeit entwickelt, als die ärztliche Tätigkeit noch als „Heilkunst“ aufgefasst wurde. Dass im 19. Jahrhundert die gerichtliche und wissenschaftliche Diskussion um den Kunstfehler nicht mehr abbricht, hing mit der Entwicklung der Medizin hin zur Naturwissenschaft zusammen. Die Medizin hatte in dieser Zeit den Anspruch erhoben, verbindliche Leitlinien für eine „kunstgerechte“ Behandlung aufstellen zu können.¹ Unter Heilkunst verstand man das Einhalten der durch die medizinische Wissenschaft und Praxis gewonnenen und allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Tätigkeit. Dies ist auch noch das heutige Verständnis: Die Behandlung muss *lege artis*, der medizinischen Wissenschaft und Praxis entsprechend, erfolgen.

In den letzten Jahrzehnten ist diese Diskussion durch Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere geprägt durch die Abkehr vom ärztlichen Paternalismus und die Betonung der Patientenrechte, aktueller denn je. Dabei wird heute nicht mehr von Kunstfehlern, sondern von Behandlungsfehlern gesprochen. Der *Behandlungsfehler i. e. S.* umfasst das ärztliche Verhalten im Rahmen einer medizinischen Behandlung, welches ungewollt zur körperlichen oder psychischen Schädigung der Gesundheit des Patienten führt. Daher kann der Behandlungsfehler i. e. S. in der

falschen Diagnose, in der Vornahme einer falschen medizinischen Maßnahme oder Medikation, in der Unterlassung oder der verspäteten Aufnahme einer notwendigen Behandlung oder in einer fehlerhaft ausgeführten Operation begründet sein. Der *Behandlungsfehler i. w. S.* umfasst darüber hinaus auch Fehler bei der therapeutischen Aufklärung, Konsultationsfehler und das Verletzen von Aufsichts- und Organisationspflichten samt fehlerhafter Apparatüberwachung, die vor allem im Spitalsbereich von Bedeutung sind.

Eine der vielen Fragen, die sich nach solchen Vorfällen stellt, ist jene nach einer Entschädigung für die Betroffenen. Dabei bieten sich zwei Möglichkeiten an: Der klassische Weg zur Entschädigung führt über den Zivilprozess. Der zweite Weg mündet in alternative Konfliktlösungsmodelle. Ziel einer außergerichtlichen Streitbeilegung ist die Erreichung eines Ergebnisses, das einerseits die zwischenmenschlich-kommunikativen und psychologischen Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung besonders berücksichtigt, andererseits die Rechtsansprüche des Patienten wahrht.²

2. Rechtsdurchsetzung via Zivilprozess

Der Patient, der einen Behandlungsfehler vermutet, wird durch das Bestreiten eines Schadenersatzanspruchs von Seiten des Arztes oder der Krankenanstalt auf den Zivilrechtsweg verwiesen.

2.1. Parteien

Im Zivilprozess wird über streitige Privatrechtsansprüche zwischen *Patient und Arzt* verhandelt. In den meisten aller gerichtlich entschiedenen Haftungsfälle haben Ärzte im Rahmen einer Tätigkeit in Spitälern gehandelt; hier richtet sich die Klage gegen den Krankenanstalten-Träger, gestützt auf die vertragliche Haftung aus dem Behandlungsvertrag für die Erfüllungsgehilfen (gemäß §§ 1313a-1316 ABGB). Der handelnde Arzt selbst kann nicht aus dem Behandlungsvertrag geklagt werden; eine Haftung gegen ihn müsste auf eine sog. deliktische Haftung (wegen seines Eingriffs

in ein absolut geschütztes Rechtsgut, nämlich die Gesundheit) gestützt werden.

2.2. Haftungsvoraussetzungen und Beweislast

Damit es zu einem Schadenersatz kommt, müssen entsprechend den allgemeinen Regeln des Zivilrechts verschiedene Voraussetzungen gegeben sein. Es muss 1. ein ersatzfähiger Schaden vorliegen, 2. zwischen dem Verhalten des Schädigers und dem entstandenen Schaden ein Kausalzusammenhang bestehen, 3. das Verhalten des Schädigers rechtswidrig sein und 4. den Schädiger ein Verschulden treffen.³

Eines der zentralen Probleme im Arzthaftungsprozess ist die *Beweislast*. Die klagende Partei (also der geschädigte Patient) ist dabei besonderen Beweisschwierigkeiten ausgesetzt. Er muss als derjenige, der für sich ein Recht in Anspruch nimmt, die rechtsbegründenden Tatsachen beweisen. Der Patient hat also unter Beweis zu stellen, dass das Verhalten des Arztes einen Behandlungsfehler darstellt und dieses Fehlverhalten kausal für den erlittenen Nachteil war. Er ist dabei in aller Regel als medizinischer Laie auf ein Sachverständigen-gutachten angewiesen. Der Sachverständige muss erstens klären, ob die Behandlung durch den Arzt den Regeln der medizinischen Wissenschaft entsprochen hat. Zweitens ist nachzuweisen, dass der derzeitige Gesundheitszustand des betroffenen Patienten von jenem abweicht, den er hätte, hätte der Arzt die Behandlung *lege artis* vorgenommen. Diese Feststellung wird auch dem sachverständigen Gutachter nicht immer möglich sein, da der hypothetische Gesundheitszustand des Betroffenen (bei richtiger Behandlung) nachgewiesen werden muss. Manche Vorgänge im menschlichen Körper lassen sich jedoch nicht immer mit Sicherheit nachvollziehen. Kann der Patient (via Gutachten) aber nicht den erforderlichen Beweis erbringen, geht dies zu seinen Lasten.⁴

2.3. Nachteile

Ein Streitiges Verfahren ist sowohl für den Pati-

enten als auch für den Arzt belastend und mit gravierenden Schwierigkeiten verbunden.

- Wegen der genannten Beweisprobleme kann der Ausgang eines Prozesses nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden. Mit der *Ungewissheit des Verfahrensausgangs* ist jedoch ein erhebliches *Kostenrisiko* für den klagenden Patienten verbunden. Unterliegt er im Prozess, muss er nämlich neben den eigenen Kosten auch alle Verfahrenskosten tragen.
- Außerdem kann es zu einer langen *Verfahrensdauer* kommen (insbesondere wenn der Instanzenzug ausgeschöpft wird), weshalb ein finanzieller Ausgleich lange hinausgezögert wird.
- Letztlich stehen der Arzt und der Patient einander im Gericht als „Gegner“ gegenüber, wodurch das Vertrauensverhältnis in der Regel zerstört wird.

3. Alternative Streitlösungsmodelle

In den letzten Jahren haben sich in Österreich unterschiedliche Möglichkeiten einer außergerichtlichen Konfliktlösung etabliert. Eine Möglichkeit besteht in einer *Fallprüfung* durch die gemäß § 11e des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) eingerichteten *Patientenvertretungen* und in *Direktverhandlungen* mit dem Haftpflichtversicherer (unten 3.1.). Ferner kommt ein Verfahren vor den *Schlichtungsstellen* vor den Ärztekammern in Betracht (unten 3.2.). Als ergänzende Form der Konfliktlösung ist die Befassung der *Entschädigungsfonds* zu nennen (unten 3.3.).

Zur außergerichtlichen Streitbeilegung besteht kein Zwang; sie ist daher nur dann möglich, wenn die Streitparteien freiwillig ein solches Prozedere anstreben und ein solches Lösungsmodell verwirklichen wollen.

3.1. Patientenvertretungen: Beschwerdeprüfung und Direktverhandlungen

Patientenanwaltschaften und Patientenvertretungen wurden ab den 1990er-Jahren in allen Bundesländern, zunächst freiwillig, dann in Aus-

führung des § 11e KAKuG durch Landesgesetze eingerichtet.⁵ Wie sehr die Institution der Patientenvertretung heute von allen Beteiligten akzeptiert ist, zeigt die Tatsache, dass auch Ärzte bzw. Krankenanstalten nach einem möglichen Fehler, der in einen Personenschaden gemündet hat, an die örtliche zuständige Patientenanwaltschaft herantreten und um ihr Tätigwerden ersuchen.

3.1.1. Rechtsgrundlagen

§ 11e KAKuG trägt der Landesgesetzgebung auf, Vorsorge zu treffen, „dass zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen“.

Bei der Umsetzung durch die Landesgesetzgeber wurden Organisation, Struktur und Aufgabebereiche sehr unterschiedlich ausgeformt; selbst die Bezeichnungen variieren. Allen Patientenanwaltschaften bzw. -vertretungen gemeinsam ist ihre Einrichtung als unabhängige und weisungsfreie Institution.

Zu den *Hauptaufgaben* zählen die Beratung und die Information der Patienten über ihre Rechte sowie deren Unterstützung bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen und der Schadensregulierung.⁶

3.1.2. Beschwerdeprüfung

Bei einem behaupteten Patientenschaden ist es meist der betroffene Patient, der aktiv wird und sich an die Patientenanwaltschaft wendet. Die Patientenanwaltschaft holt zunächst die Krankengeschichte bzw. Dokumentation und eine Stellungnahme des betroffenen niedergelassenen Arztes/der betroffenen Krankenanstalt ein, um sodann (allenfalls mit Hilfe von Vertrauensärzten) den Fall medizinisch und rechtlich zu analysieren. Ein hoher Prozentteil von vermuteten medizinischen Behandlungsfehlern stellt sich nach dieser Prüfung als ein Problem im zwischenmenschlichen Bereich heraus. Es sind vielfach Informations- und Kommunikationsdefi-

zite und keine Behandlungsfehler, die sich ereignet haben. Hier kommt es bereits durch die Aufklärung des Sachverhalts seitens der Patientenanwaltschaft zu einer Streitbeilegung; ein nachfolgender (für den Patienten sinnloser) Prozess wird vermieden. Damit kommt der Patientenanwaltschaft eine wichtige *Clearingfunktion* zu.⁷

3.1.3. Direktverhandlungen mit Versicherungen

Stellt die Patientenanwaltschaft nach Einholung der Krankengeschichte und einer Stellungnahme des handelnden Arztes fest, dass u. U. ein Behandlungsfehler vorliegen, also die Beschwerde „berechtigt“ sein könnte, wird – in Abstimmung mit dem Patienten – eine Direktverhandlung mit der Haftpflichtversicherung des Spitalsträgers oder des behandelnden Arztes angestrebt.⁸ In den meisten Fällen kommt es dann in Absprache mit den Versicherungen zur Einholung eines Gutachtens.

Wird vom Gutachter ein Behandlungsfehler attestiert, wird versucht, zwischen dem Patient und der Versicherung ein Vergleichsangebot auszuverhandeln. Bei einem positiven Ergebnis übersendet der Versicherer der Patientenanwaltschaft, die den Patienten bei diesen Verhandlungen unterstützt, eine Abfindungserklärung. Stimmt der Patient diesem Angebot zu, liegt ein außergerichtlicher Vergleich vor.⁹

Ziel eines solchen *Abfindungsvergleichs* ist die vollständige Schadensabgeltung. Juristisch gesehen ist ein solcher Vergleich die unter beiderseitigem Nachgeben einverständliche Neufestlegung strittiger oder zweifelhafter Rechte (§ 138o ABGB). Der Vergleich ist ein zweiseitig verbindlicher Vertrag. Durch ihn wird die Unsicherheit, ob oder wie weit ein Schaden verursacht wurde, beseitigt; die Parteien stellen einvernehmlich fest, in welchem Umfang das Recht bestehen soll. Der Vergleich schafft damit einen neuen Rechtsgrund; er wirkt, soweit die Feststellung von der wahren Rechtslage abweicht, konstitutiv (sog. Bereinigungswirkung). Da der Vergleich die bisherigen Unsicherheiten endgültig beseitigt, bleibt er auch gültig, wenn sich

später z. B. herausstellt, dass die Forderung (der Schaden) in Wirklichkeit höher war. Dem Patienten ist dann in der Regel weder ein Nachverhandeln noch der Gang zu Gericht möglich.¹⁰

Hat der in einem Beschwerdefall befasste Gutachter einen Behandlungsfehler ausgeschlossen, lehnt die Versicherung in aller Regel eine Zahlung ab. Durch diese Vorabprüfung hat der Patient aber bereits wichtige Informationen über einen möglichen Prozessausgang erhalten; er kann das Prozessrisiko besser abschätzen (*Orientierungsfunktion*).¹¹

Scheitert die Direktverhandlung mit der Versicherung (etwa wegen einer ungünstigen Beweislage für den Patienten), stehen zwei weitere außergerichtliche Wege offen: Zum einen kann die Schlichtungsstelle vor der Ärztekammer, zum anderen der Patienten-Entschädigungsfonds (in Wien zudem der Wiener Härtefonds) befasst werden.

3.2. Schlichtungsverfahren vor den Ärztekammern

Die erste „Schiedsstelle“ wurde im November 1985 in Wien eingerichtet. In den Folgejahren wurden in allen Bundesländern (ausgenommen Salzburg¹²) Schlichtungsstellen etabliert.¹³ Das Ziel dieser „Schiedsstellen“ ist die Erreichung einer außergerichtlichen Einigung in Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten; damit sollen sowohl die Interessen der Ärzte als auch die der Patienten geschützt werden.

Bisweilen werden diese Schlichtungsstellen fälschlicherweise als „Schiedsstellen“ bezeichnet; es handelt sich aber nicht um Schiedsverfahren im Sinne des § 577 ZPO.¹⁴ Vielmehr sind die Entscheidungen der Schlichtungsstellen unverbindliche Streitbelegungsvorschläge (siehe unten 3.2.3.).

3.2.1. Rechtsgrundlagen

Gemäß § 66 Abs. 1 ÄrzteG sind die Ärztekammern u. a. berufen, die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange der Ärzte wahrzunehmen und für die Wahrung des Berufssehens und der Berufspflichten zu sorgen. Im

Rahmen dieses Gesetzauftrags haben die meisten Landesärztekammern Schlichtungsstellen eingerichtet. Die Rechtsgrundlagen für die Einrichtung und die Tätigkeit dieser Schlichtungsstellen sind sehr unterschiedlich. Teils sind es Kammerbeschlüsse (Burgenland, NÖ, OÖ, Wien), teils beruhen die Einrichtung und der Betrieb der Schlichtungsstelle auf einem Vertrag zwischen dem Land, der Ärztekammer und der Kammer für Arbeiter und Angestellte (Kärnten) oder einer Vereinbarung zwischen Ärztekammer und Krankenanstaltengesellschaft (Steiermark) bzw. Ärztekammer und Verband der Versicherungsunternehmen (Tirol). In Vorarlberg wird die Schiedskommission auf Grund des Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetzes tätig.¹⁵

3.2.2. Parteien

Die Parteien in diesem Verfahren sind der Patient und der belangte Arzt bzw. der *Rechtsträger des Krankenhauses* des betroffenen Arztes. Eine außergerichtliche Streitbeilegung ist freilich nur in beiderseitigem Einvernehmen möglich; es besteht kein rechtlicher Zwang zur Teilnahme an einem solchen Schlichtungsversuch.

Die *Mitwirkung des Arztes* ist nicht nur möglich, sondern vom Gesetzgeber sogar gewünscht. Das zeigt der 2001 ins ÄrzteG eingefügte § 58a Abs 2 (ebenso heute § 48 Abs 4 ZÄG): „Für den Fall des Bestehens einer Haftpflichtversicherung begründet die Mitwirkung des ersatzpflichtigen Versicherungsnehmers an der objektiven Sachverhaltsfeststellung keine Obliegenheitsverletzung, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt.“ Ein Arzt, der an einem solchen Schlichtungsverfahren teilnimmt, muss nicht befürchten, dadurch den Leistungsanspruch aus der Haftpflichtversicherung zu verlieren. Er begeht keine Obliegenheitsverletzung in Bezug auf den Haftpflichtversicherer, wenn er aktiv an der Sachverhaltsfeststellung mitwirkt, mit der Schlichtungsstelle kooperiert und seine persönliche Stellungnahme zum Streitfall abgibt. Verwehrt ist ihm lediglich – gemäß den üblichen Versicherungsvertragsbedingungen – die Abgabe eines Schuldaner-

kenntnisses (sog. Anerkenntnisverbot).¹⁶

Weiters sind an diesem Schlichtungsverfahren u. a. der Patientenanwalt und ein Vertreter des Haftpflichtversicherers beteiligt. Durch den *Patientenanwalt* ist eine ggf. erforderliche Hilfe für den Patienten, der sich zumeist im Informationsnachteil befindet, gewährleistet. Die Einbindung eines *Vertreters des Versicherers* in dieses Verfahren wiederum ist zweckmäßig, weil die Versicherungen die Empfehlungen bzw. unverbindlichen Streitbeilegungsvorschläge der Schlichtungsstelle ihren Entscheidungen zugrunde legen und z. T. die Aufwandstragung (etwa für Gutachten) übernehmen.¹⁷

3.2.3. Verfahrensablauf

Ein Schlichtungsverfahren wird immer nur auf *Antrag eines Betroffenen* eingeleitet. Sobald alle erforderlichen *Unterlagen* (nämlich die Krankengeschichte, die Stellungnahme des betroffenen Arztes und ev. ein Gutachten) vorliegen, wird der Beschwerdefall in einer mündlichen *Verhandlung* zwischen den Beteiligten, bei der allen die Möglichkeit zur Stellungnahme und Diskussion eröffnet wird, besprochen.¹⁸ Wichtig ist hier die ruhige und sachliche Atmosphäre, die anders als bei einem streitigen Verfahren gegeben ist, weil eine grundsätzliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit der betroffenen Ärzte, der Vertreter der Krankenanstalt und der Versicherung und für eine erfolgreiche Abwicklung des Schadensfalls besteht.

Das Verfahren endet mit einer *Empfehlung* der Schlichtungsstelle. Die Kommission kann zum Ergebnis gelangen, dass kein medizinischer Behandlungsfehler vorliegt. Weiters kann die Kommission aussprechen, dass dem Patienten ein Schadenersatz dem Grunde nach zusteht. Die Schlichtungskommission kann aber auch einen Vorschlag zur Höhe des Schmerzensgeldes unterbreiten; allfällige weitere Ansprüche werden meist danach vom Vertreter des Patienten mit der Haftpflichtversicherung ausgehandelt.¹⁹

Diese Empfehlung der Schiedsstelle hat keine rechtliche Bindungswirkung, da das gesamte

Verfahren auf der Freiwilligkeit aller Beteiligten beruht. Der Lösungsvorschlag der Schlichtungsstelle ist – juristisch besehen – *kein außergerichtlicher Vergleich*, sondern allenfalls die vorbereitende Grundlage für einen solchen. Wird die Empfehlung zum Inhalt eines außergerichtlichen Vergleichs gemacht, ist damit der Streitfall zwischen den Beteiligten endgültig erledigt.

Da die Lösung einvernehmlich und gemeinsam entwickelt wird, besteht in der Praxis eine relativ *hohe Akzeptanz durch die Beteiligten*.²⁰

3.2.4. Vorteile

- Zu den zahlreichen Vorteilen des Schlichtungsverfahrens zählt der Wegfall des Prozesskostenrisikos. Die Kosten des Verfahrens trägt meist die jeweilige Ärztekammer oder das Bundesland bzw. z. T. auch die Haftpflichtversicherung. Für den Patienten ist dieses Verfahren *kostenlos*; einen von ihm gewählten Rechtsvertreter muss er aber selbst bezahlen.
- Selbst wenn das Verfahren vor der Schlichtungsstelle negativ ausgeht, wirkt es als *Orientierungshilfe* für den Patienten. Damit hat die Schlichtungsstelle gleichsam als „Vorinstanz“ die möglichen Prozesschancen geprüft und eine *Filterfunktion* erfüllt, weil viele Fälle ohne Erfolgsaussicht nicht mehr prozessabhängig werden.
- Vor allem bekommt der Patient ein weitestgehend unbürokratisches und nicht langwieriges Verfahren bereitgestellt. Falls es nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens zu einem Vergleich kommt, wird eine finanzielle Abgeltung sehr viel früher möglich als bei einem Zivilprozess.
- Ein weiterer Vorteil ist das *Round-Table-Gespräch*, bei dem alle Beteiligten in die Diskussion eintreten können und ggf. das Gefühl haben, dass die Probleme ausdiskutiert sind. Die Freiwilligkeit und diese Gesprächssituation verhindern, dass die Parteien zu Prozessgegnern werden, wie es eben notwendigerweise mit einem Prozess verbunden ist. Eine Frontenbildung

kann weitestgehend verhindert werden.

- Das hat auch die Bereitschaft von Haftpflichtversicherungen und Ärzten bzw. Krankenanstalten-Trägern gefördert, an solchen Lösungsversuchen teilzunehmen. Es bleibt dem Arzt/der Krankenanstalt die Einbeziehung der Öffentlichkeit und eine mögliche mediale Aufarbeitung erspart.
- Die außergerichtliche Schlichtung liegt somit nicht nur im Interesse der Patienten und Patientinnen, sondern zu einem großen Teil auch im Interesse der betroffenen Leistungserbringer.²¹

3.3. Patienten-Entschädigungsfonds

Als vorläufig letzter Endpunkt in der Entwicklung außergerichtlicher Streitbeilegungsmöglichkeiten ist der *Patienten-Entschädigungsfonds* zu sehen. Der erste Fonds wurde 1998 von der Stadt Wien eingerichtet.²² Diesem Modell folgend wurde mit der KAG-Novelle 2001 (BGBl I 2001/5) die grundsatzgesetzliche Regelung des § 27a Abs 5 und 6 KAKuG eingeführt.

3.3.1. Rechtsgrundlagen

§ 27a KAKuG bildet die Grundlage zur österreichweiten Einrichtung und Finanzierung von Entschädigungsfonds:

§ 27a (5) KAKuG: „Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 3 ist von sozialversicherten Pflinglingen der allgemeinen Gebührenklasse und von Pflinglingen der Sonderklasse ein Beitrag von 0,73 Euro einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflingling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. ...“

§ 27a (6) KAKuG: „Der Beitrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt. Die Landesgesetzgebung hat eine Entschädigung auch für Fälle vorzusehen, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwer-

wiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.“

Jeder sozialversicherte Pflingling der allgemeinen Gebührenklasse und seit der KAKuG-Novelle 2002 auch jeder Sonderklassepatient, der in einem öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Spital in Österreich stationär aufgenommen worden ist, muss einen Beitrag von € 0,73 pro Pflingtag (gedeckt mit höchstens 28 Tagen pro Jahr) in den Patienten-Entschädigungsfonds des jeweiligen Bundeslandes einzahlen. Die Dotierung der Entschädigungsfonds erfolgt damit gleichsam durch die Patienten als Solidargemeinschaft.

In den einzelnen *Bundesländern* wurde die Grundsatzbestimmung des § 27a KAKuG in verschiedener Art und Weise (teils in den Landes-Krankenanstaltengesetzen, teils in eigenen Landesgesetzen) umgesetzt. Weiters wurden Richtlinien bzw. Geschäftsordnungen, die das Verfahren und die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen regeln, erlassen. Da § 27a KAKuG einen sehr weiten Spielraum offen lässt, unterscheiden sich die einzelnen Landesregelungen in verschiedenen Punkten.²³ Gemeinsam ist allen Regelungen, dass eine finanzielle Unterstützung nur dann zugesprochen wird, wenn noch keine Verjährung eingetreten ist, keine Streitanhängigkeit bei Gericht besteht und wenn eine erfolgreiche Durchsetzung der Schadenersatzansprüche nur mit einem aufwändigen und lange dauernden Beweisverfahren möglich oder nicht mit Sicherheit zu erwarten ist.²⁴ Die Fondslösung soll nicht das geltende Schadenersatzrecht ersetzen, sondern im Graubereich von nicht eindeutig gegebener Haftung ergänzen.

In Wien gibt es darüber hinaus den *Wiener Härtefonds*.²⁵ Dies war der erste in Österreich eingerichtete Entschädigungsfonds. Im Gegensatz zu den anderen Entschädigungsfonds wird dieser Fonds aus Steuermitteln gespeist und dient heute – nach Etablierung des Patienten-Entschädigungsfonds – zur Abfederung von sozialen Härten nach einem Medizinschaden mit schwieriger Beweissituation.

3.3.2. Ziele

Eine Befassung der Entschädigungsfonds soll nach § 27a KAKuG möglich sein, wenn eine *Haftung* des Rechtsträgers der Fondskrankenanstalten „nicht eindeutig gegeben ist“, aber doch nachvollziehbare Anhaltspunkte für eine solche bestehen. Es handelt sich also um Fälle, bei denen hinsichtlich der schadenersatzrechtlichen Tatbestandsmerkmale (Verursachung, Rechtswidrigkeit, Verschulden) keine ausreichende Klarheit besteht oder der sichere Nachweis der Ursächlichkeit des Schadens bzw. des Verschuldens erhebliche Schwierigkeiten bereitet. In vielen dieser Fälle war wegen der zweifelhaften Haftung z. B. auch die betroffene Haftpflichtversicherung zu keiner befriedigenden Lösung (via Abfindungsvergleich) bereit.

Aus den Fonds heraus sind keine Zahlungen möglich, *sobald der Nachweis von Kausalität und Verschulden gegeben* ist. In diesem Fall ist auf dem Rechtsweg gegen den Schädiger vorzugehen oder eine Lösung über die anderen (bereits geschilderten) Möglichkeiten der außergerichtlichen Streitbeilegung zu suchen.²⁶

Daneben bieten die Patienten-Entschädigungsfonds jedoch auch die Grundlage für eine Entschädigung beim Auftreten einer bislang unbekanntenen oder sehr seltenen bzw. einer hinreichend aufgeklärten Komplikation, wenn diese außerordentlich schwer ist und zu einer erheblichen Schädigung des Patienten geführt hat. In solchen Fällen bliebe eine Entschädigung vor Gericht verwehrt; mit der Institution der Entschädigungsfonds hat der Gesetzgeber erste Ansätze in Richtung einer *verschuldensunabhängigen Entschädigung* eröffnet.²⁷

3.3.3. Verfahrensablauf

Vor der Befassung der Entschädigungsfonds findet (ausgenommen Vorarlberg) eine Vorprüfung durch die Patientenvertretungen statt; danach wird der Antrag an das Entschädigungsgremium weitergeleitet. Die *Verfahrensdauer* unterscheidet sich von Land zu Land (in Wien z. B. darf das Verfahren max. drei Monate dauern), ebenso der mögliche Maxi-

malbetrag, der zuerkannt werden kann. Die Obergrenze für eine mögliche Entschädigung bewegt sich derzeit zwischen € 20.000,- (z. B. Vorarlberg) und € 100.000,- (z. B. Wien). In manchen Bundesländern gibt es allerdings die Möglichkeit, diesen Höchstbetrag bei sozialer Härte zu überschreiten.

Der Patient hat *keinen Rechtsanspruch* auf eine Entschädigungsleistung. Auch ist die Entscheidung nicht im Verwaltungs- oder Gerichtsweg überprüfbar. Hingegen wird durch die Einbringung des Ansuchens um finanzielle Unterstützung der Rechtsweg nicht ausgeschlossen. Die nachträgliche Klagseinbringung bleibt möglich, weil die Entscheidung des Entschädigungsgremiums keinen Vergleich darstellt.²⁸ In allen Bundesländern besteht jedoch grundsätzlich eine *Rückzahlungsverpflichtung* der Fondsleistung, wenn gerichtlich oder außergerichtlich eine Schadenersatzzahlung geleistet wird, welche die Entschädigungsleistung deckt. Ausnahmen von der Rückzahlungsverpflichtung gibt es bei sozialen Härtefällen.²⁹

3.3.4. Vorteile

- Der Vorteil der Fondslösung für den Patienten liegt im Umstand, dass er auch bei *unüberbrückbaren Beweisschwierigkeiten* zu einer Entschädigung gelangen kann, die im gerichtlichen Verfahren nicht möglich wäre. Ggf. ist sogar eine *Berücksichtigung sozialer Komponenten* möglich; dies lässt ein Zivilprozess ebenfalls nicht zu.
- Ein unbestreitbarer Vorteil ist das *kostenlose und unbürokratische Verfahren*. Patienten, die bei einer Untersuchung oder Behandlung in einer Krankenanstalt zu Schaden gekommen sind, soll eine rasche finanzielle Hilfe zukommen.

4. Resümee

Heute wird zunehmend versucht, die Beschwerden und Schadenersatzansprüche der Patienten (unter Beiziehung des Haftpflichtversicherers) – meist mit Vermittlung durch die Patientenanwaltschaft – in friedlicher Weise fernab von den Gerichten zu regeln. Als Möglichkeiten stehen hier neben dem

außergerichtlichen Vergleich die Befassung des Patienten-Entschädigungsfonds oder der Schlichtungsstelle bei der Ärztekammer offen. Diese modernen Konfliktlösungs- und Entschädigungsmodelle, bei denen die Fragen nach Verursachung und Verschulden nicht immer im Vordergrund stehen, lassen in den letzten Jahren bereits bei den frei niedergelassenen Ärzten, insbesondere aber im Krankenhausbereich ein Umdenken im Hinblick auf den Umgang mit Patientenbeschwerden und medizinischen Haftungsfällen erkennen.

Referenzen

- 1 Maio G., *Kunstfehler*, in: Gerabek W., Haage B., Keil G., Wegner W., *Enzyklopädie Medizingeschichte*, Walter de Gruyter, Berlin (2005): S. 814 f.
Juen T., *Arzt Haftungsrecht. Die zivilrechtliche Haftung des Arztes für den Behandlungsfehler – der Arzt Haftungsprozess in Österreich*, 2. Auflage, Manz, Wien (2005), S. 3 ff.
- 2 Bachinger G., *Außergerichtliche Streitbeilegung*, in: Aigner G., Kletecka A., Kletecka-Pulker M., Memmer M., *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*, Manz, Wien (2010): II/54
- 3 Für die Arzthaftung siehe nur Juen T., siehe Ref. 1, S. 7 ff.
Kletecka A., *Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz)*, in: Aigner G., Kletecka A., Kletecka-Pulker M., Memmer M., *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*, Manz, Wien (2010): II/1
Leischner A., *Streitbeilegung in medizinischen Haftungs-fällen*, Manz, Wien (2007), S. 73 ff.
- 4 siehe z. B. Juen T., siehe Ref. 1, S. 202 ff.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 121 ff.
Jahn B., *Außergerichtliche Konfliktlösung im Gesundheitswesen*, Manz, Wien (2009), S. 6
- 5 siehe die Übersicht bei Jahn B., siehe Ref. 4, S. 16 ff.
- 6 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/59ff.
Willinger H., *Die Wiener Patientenanwaltschaft, Die Krankenversicherung* (2005); 57: 138 f.
Juen T., siehe Ref. 1, S. 292
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 166 ff.
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 47 ff.
- 7 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/66 f.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 168
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 54 ff.
- 8 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/64 ff.
- 9 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/57
- 10 siehe nur Koziol H., Welsch R., *Bürgerliches Recht II*, 13. Auflage, Manz, Wien (2006), S. 112 ff.
Kajaba M., in: Kletecka A., Schauer M., *ABGB-ON*, Manz, Wien (2010): § 1380 Rz 5
- 11 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/58 f.
- 12 In Salzburg besteht eine „Interventionsstelle für Beschwerden“ bei der Patientenvertretung.
- 13 siehe Leischner A., siehe Ref. 3, S. 171
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 75
- 14 Leischner A., siehe Ref. 3, S. 169
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 67
- 15 Zu den Rechtsgrundlagen siehe Bachinger G., siehe Ref. 2, II/67 f.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 169
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 68 ff.
- 16 z. B. Bachinger G., siehe Ref. 2, II/56
Juen T., siehe Ref. 1, S. 289
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 174
- 17 Leitner M., *Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen*, *Recht der Medizin* (1998): 7
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 173
- 18 Roth M., Sperl J., *Außergerichtliche Konfliktlösung in medizinischen Schadensfällen. Das Verfahren vor den Schiedsstellen für Arzthaftpflichtfragen sowie sonstige Serviceeinrichtungen für Patienten*, *Österr. Anwaltsblatt* (2000): 387 ff.
Bachinger G., siehe Ref. 2, II/69 f.
Juen T., siehe Ref. 1, S. 294 ff.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 174 ff.
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 84 ff. und S. 92
- 19 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/70
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 177 f.
- 20 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/70
Juen T., siehe Ref. 1, S. 297
- 21 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/67
Juen T., siehe Ref. 1, S. 289 f.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 178 ff.
- 22 zum Wiener Härtefonds Pickl V., *Verschuldensunabhängige Entschädigungsmodelle*, in: Radner W., *Die ärztliche Aufklärungspflicht in Rechtsprechung und Praxis*, Universitätsverlag Trauner, Linz (1999): 72
Bachinger G., siehe Ref. 2, II/71
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 182 f.
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 133 ff.
- 23 Zu den Besonderheiten in den Bundesländern siehe Pitzl E., Huber G., *Verschuldensunabhängige Patientenentschädigung*, *Recht der Medizin* (2003): 100 ff.
Bachinger G., siehe Ref. 2, II/65ff.
Leischner A., siehe Ref. 3, S. 185 f. und S. 188 ff.
Jahn B., siehe Ref. 4, S. 139 ff.
- 24 Kossak W., *Der Entschädigungsfonds gem § 27a Abs 5 und 6 Krankenhausengesetz*, *Recht der Medizin* (2002): 111 ff.

Bachinger G., siehe Ref. 2, II/73f.

Leischner A., siehe Ref. 3, S. 186 ff.

25 Zu diesem siehe oben Ref. 22

26 Pitzl E., Huber G., siehe Ref. 23, S. 103

Bachinger G., siehe Ref. 2, II/71ff.

Jahn B., siehe Ref. 4, S. 171 ff.

27 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/71 und 73

Leischner A., siehe Ref. 3, S. 181 f. und S. 184 ff.

28 Bachinger G., siehe Ref. 2, II/73

Jahn B., siehe Ref. 4, S. 186

29 Pitzl E., Huber G., siehe Ref. 23, S. 104 f.

Bachinger G., siehe Ref. 2, II/80/c

Leischner A., siehe Ref. 3, S. 188

Jahn B., siehe Ref. 4, S. 186 ff.

Astrid Engelbrecht

Fehlerkultur in der Pflege: eine Betrachtung aus der Praxis

Error Culture in Nursing: A Practical View

Zusammenfassung

Die Entwicklung einer positiven Fehlerkultur ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Pflegende nehmen als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle in der Identifizierung und Vermeidung von Fehlern ein. Demzufolge ist die Verankerung der Pflege im Fehlermanagement für die Qualität und Sicherheit in der Versorgung unabdingbar. Das Management ist daher gefordert, eine Kultur des Vertrauens und der Wertschätzung zu entwickeln, in welcher auf Fehlermeldungen nicht Sanktionen folgen. Anhand eines realen Falles aus der Praxis soll veranschaulicht werden, wie durch ein gezieltes Fehlermanagement der Grundstein für eine positive Fehlerkultur gelegt werden kann.

Schlüsselwörter: Fehler, Fehlerkultur, Fehlermanagement

Abstract

The development of a positive error culture is an interdisciplinary duty, which cannot be considered isolated for a certain occupational group. In the health care system nursing staff plays an important part at recognizing and avoiding mistakes as it is known as the biggest occupational group. Consequently, the entrenchment of nursing in the management of errors is indispensable for the quality and safety of maintenance. Therefore the management is challenged to develop a culture of trust and appreciation in which error reports are not followed by punishment. An exemplary case from daily practice should demonstrate how the foundation for a positive error culture can be laid by a targeted management of errors.

Keywords: Error, Error Culture, Management of Errors

Astrid Engelbrecht, Pflegedirektorin
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum
Rosenhügel
Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien
Astrid.Engelbrecht@wienkav.at

Einleitung

Wenn Menschen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen die Entscheidung treffen, in Gesundheitseinrichtungen tätig zu werden, so tun sie dies, um PatientInnen im Rahmen des diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesses kompetent zu behandeln, zu betreuen und zu unterstützen. Keiner geht davon aus, dass das eigene Tun und Handeln andere gefährden, verletzen oder letztendlich Ursache für eine schwerwiegende, unerwünschte Komplikation werden könnte.

Fehler passieren überall, wo Menschen arbeiten. Diese Feststellung beinhaltet, dass wir unser tägliches Tun bewusst reflektieren und Beinahe-Fehler oder eingetretene Fehler einer systematischen Analyse unterziehen müssen, um den wiederholten Eintritt ein und desselben Fehlers zu verringern und das potentielle Schadensausmaß möglichst zu vermindern. Die Komplexität und Geschwindigkeit der Abläufe, die Hektik und der Stress im Spitalsalltag begünstigen das Auftreten von Fehlern. Hohe Arbeitsbelastung und Übermüdung schränken die Fähigkeit des Einzelnen ein, Informationen zu verarbeiten und lassen so unweigerlich die Fehlerquote steigen.

Da eine 100-prozentige Fehlervermeidung nicht realistisch ist, liegt das primäre Ziel darin, die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Fehlers zu reduzieren. Dies setzt jedoch eine Strategie der Fehlervermeidung voraus, der eine lebendige und positiv ausgerichtete Fehlerkultur zugrunde liegen muss.

Eine Vielzahl an Werten, wie z. B. Fehleroffenheit, Risikobewusstsein, Verantwortungsbewusstsein, Sorgfalt, Vertrauen, Analyse- und Reflexionsbereitschaft, ebenso wie PatientInnen-, MitarbeiterInnen- und Teamorientierung prägen die Fehlerkultur einer Organisation. Sie manifestieren sich im individuellen und kollektiven Denken und Handeln einer Organisation. Um aus Fehlern lernen zu können, dürfen sie innerhalb der Organisation weder vertuscht werden, noch geht es darum, primär nach Schuldigen zu suchen und unreflektiert Fehler zu sanktionieren. Fehler geschehen,

ihre Ursachen sind vielfach nicht auf ein individuelles Versagen zurückzuführen, sondern vielmehr auf organisatorische und kommunikative Mängel, einem Manko an Wertschätzung und Vertrauen.¹

Die Verantwortung in der Pflege

Pflegende nehmen aufgrund der Größe der Berufsgruppe und ihrer Position im Rahmen der Versorgung und Betreuung von PatientInnen eine wichtige Rolle in der Identifizierung von Fehlern sowie deren Vermeidung ein. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sind sie aber auch potentielle Verursacher von Fehlern, mit einer folglich anzunehmend hohen Fehlerquote.

Das Wissen um Fehler, das auch als Schutzwissen zu bezeichnen ist, ermöglicht die Reflexion des eigenen Handelns und die reflektierte Auseinandersetzung mit Fehlern. Es schafft Rahmenbedingungen, in denen Fehler angesprochen werden dürfen. Dies bildet wiederum die Basis für organisationsbezogenes und individuelles Lernen, während eine Tabuisierung diese Entwicklung verhindert.

Pflegende müssen deshalb über eine besondere Kompetenz im Erkennen von Fehlern verfügen sowie über profunde Kenntnisse einer systematischen Fehlerbearbeitung. Nur so kann ein Fehlermanagementsystem erfolgreich gestaltet werden.

Fehler, ein damit verbundener möglicher Schaden sowie ein funktionierendes Fehlermanagement haben eine hohe Bedeutung für eine auf Menschlichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Gesundheits- und Pflegeversorgung. Daher ist die Verankerung der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen im Fehlermanagement für die Qualität und Sicherheit in der Versorgung unabdingbar.² Recherchen in der Literatur sowie im Internet zeigen, dass Pflegende in unterschiedlichen Organisationen sich in einem verstärkten Ausmaß mit der Thematik der Fehlerkultur sowie dem Umgang mit Beinahe-Fehlern und Fehlern auseinandersetzen. Das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen führte eine Studie durch, bei der sie Pflegende mittels Fragebogen zu deren

Fehlerwahrnehmung, erinnerte Fehlerhäufigkeit, verschiedene Arten von Fehlern und Fehlerkategorien befragte. Ermittelt wurde auch die Ursachenzuweisung, Bewertung (z. B. Inkompetenz, Schuld, Lernchance) sowie deren Auswirkung auf das persönliche Befinden (z. B. wahrgenommene Belastung). Weitere Dimensionen waren soziale Beziehungsfelder im Umgang mit Fehlern, Fehlerkultur und Fehlertoleranz, die Einschätzung persönlicher Einflussmöglichkeiten und präventiver Maßnahmen hinsichtlich Fehlervermeidung und dem Fehlermanagement aus der Sicht der Pflegenden. Befragt wurden Pflegende in Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen.

Die Studie ergab unter anderem, dass Pflegende Mängel in der Versorgung ebenso wie organisatorische Defizite für die wichtigsten Fehlerursachen halten. Gründe, die das Melden von Fehlern aus Sicht der Pflegenden behindern, werden ebenfalls der Organisation zugeschrieben. Hier werden als Hauptursachen angeführt, dass nicht klar ist, was gemeldet werden soll, die fehlende Rückmeldung und vor allem auch der Verlust von persönlichem Ansehen durch Meldung von Fehlern, die KollegInnen verursacht haben. Trotz zum Teil schwieriger Umstände veranschaulicht die Studie aber auch, dass bei den Pflegenden mit 52% eine hohe Bereitschaft gegeben ist, aus Fehlern zu lernen und an der Entwicklung einer positiven Fehlerkultur mitzuwirken. Weiters zeigt sich, dass Pflegende bis dato nur unzureichend in die Thematik der Fehlervermeidung und damit auch der Verringerung eines möglichen Schadensausmaßes einbezogen worden sind.

Die Ergebnisse dieser deutschen Studie lassen sich durchaus mit den Verhältnissen in Österreich vergleichen. Im Jahr 2008 veröffentlichte Clinicum die Ergebnisse einer Umfrage zum Thema „Fehlerkultur in der Pflege“.³ Durchgeführt wurde diese Befragung von der stellvertretenden Pflegedienstleiterin der Universitätsklinik für Innere Medizin in Innsbruck, Luise Angermair. Im Rahmen der Umfrage befasst sie sich mit der Thematik, inwieweit

in der Pflege ein offener und konstruktiver Umgang mit Fehlern vorliegt. Befragt wurden Stations-, Ambulanz- und Funktionsleitungen. Die Rücklaufquote war mit 89% sehr hoch. Das Ergebnis der Befragung zeigte, dass nicht nur unter Ärzten, sondern auch in der Pflege eine Nullfehlermentalität vorherrscht, was 76% der Befragten bejahten. 81% der MitarbeiterInnen ist es unangenehm, über aufgetretene Fehler zu reden, auch wenn sie Fehler als Lernchance sehen. Wenn jedoch Fehler geschehen sind, glauben 24% der Befragten, dass seitens der Vorgesetzten primär nach Schuldigen gesucht wird. 18% vertraten die Auffassung, dass Beinahe-Fehler nicht kommuniziert werden. Im Allgemeinen wurde die gegenseitige Wertschätzung im Team gut bewertet (97%), ein interdisziplinäres Kommunikationsdefizit dagegen sehr wohl als mögliche Fehlerquelle gesehen. Bemerkenswert an dieser Erhebung ist, dass 84% der Befragten sich nach eigenen Angaben vorstellen können, in einem sanktionsfreien Raum offener über Fehler zu reden.⁴

Ein Fallbeispiel

Wie kommt es zu einem Fehler? Menschliches Versagen, organisatorische Mängel und eine Verkettung unglücklicher Umstände sind nur einige Faktoren, die ein unerwünschtes Ereignis und einen daraus folgenden Schaden herbeiführen können. Anhand eines konkreten Fallbeispiels in unserem Krankenhaus soll gezeigt werden, wie ein dramatisches Ereignis zum Anstoß für die Entwicklung erster Ansätze in Richtung einer positiven Fehlerkultur sowie der forcierten Implementierung eines klinischen Risikomanagements wurde.

Es handelt sich dabei um ein Schwerpunkt-Krankenhaus mit 21 Fachabteilungen, die über insgesamt 1124 Betten verfügen, 7 Instituten und ca. 2900 MitarbeiterInnen. Vor fünf Jahren kam es zu einem dramatisch verlaufenden, unerwünschten Ereignis mit letalem Ausgang. Ausgangspunkt für das Ereignis war ein Medikationsfehler, der zum Eintritt einer gravierenden Komplikation und einige Zeit später auch zum Tod des Patienten

führte. Unmittelbar nach dem Geschehen wurde die Kollegiale Führung durch die ärztliche und pflegerische Abteilungsleitung (Duale Führung) über den Zwischenfall informiert. Den betroffenen MitarbeiterInnen aus den beiden Berufsgruppen wurde unverzüglich nach dem Ereignis psychologische Unterstützung angeboten, die teilweise auch angenommen worden ist. Der Qualitäts- und Risikomanager wurde durch die Kollegiale Führung informiert und beauftragt, das Geschehen an der Abteilung zu analysieren. Im Vordergrund der Analyse stand nicht die Frage nach dem Schuldigen (Wer?), sondern vielmehr: „Was und Wie ist es geschehen?“ Die Untersuchung ergab ein multifaktorielles Geschehen im Zusammenhang mit einer hoch komplexen Situation, hoher Arbeitsbelastung, Hektik, Zeitdruck und Stress. Das Team selbst war bekannt für eine starke Patientenorientierung, großes Engagement, gute Teamarbeit sowie ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Das Ergebnis der Ursachenanalyse kam dem Szenario eines griechischen Dramas gleich, ein grob fahrlässiges Handeln konnte nicht festgestellt werden, wobei dies zu beurteilen dem Gericht überlassen werden musste. Im Anschluss an die Analyse wurden Sofortmaßnahmen zur Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit eines gleichen Fehlers und Reduktion eines potentiellen Schadensmaßes für PatientInnen gemeinsam mit der Dualen Führung, den MitarbeiterInnen sowie einbezogenen Experten entwickelt. Nach Abklingen der ersten großen Betroffenheit im Team wurde mit allen Beteiligten an einer weiteren Optimierung des Prozesses gearbeitet. Von Anbeginn wurde eine sehr offene Kommunikations- und Informationspolitik gegenüber Angehörigen, MitarbeiterInnen der Abteilung und den Vorgesetzten betrieben.

Aufgrund der systematischen Analyse und Bearbeitung des Schadensereignisses, konnte von der Kollegialen Führung erwirkt werden, dass seitens des Trägers keine disziplinarischen Maßnahmen gegenüber den betroffenen MitarbeiterInnen gesetzt worden sind.

Neben der Analyse standen natürlich die Sorge um den betroffenen Patienten und dessen rasche Versorgung ebenso wie die Betreuung der Angehörigen im Vordergrund unserer Aktivitäten. Der Patient wurde auf die Intensivstation verlegt und eine entsprechende Therapie eingeleitet. Wenn ein unerwünschtes Ereignis, mit oder ohne Schadensfolge eingetreten ist, messen wir dem Gespräch mit dem betroffenen Patienten und/ oder dessen Angehörigen einen besonderen Wert bei. Im persönlichen Gespräch werden Patienten und Angehörige vom Abteilungsvorstand und der pflegerischen Abteilungsleitung zeitnah, einfühlsam, offen und umfassend über einen eingetretenen Zwischenfall sowie die möglichen Folgen informiert. Dabei darf nicht verabsäumt werden, die eigene Betroffenheit, das ehrliche Bedauern zum Ausdruck zu bringen sowie eine ernstgemeinte Entschuldigung gegenüber den Leidtragenden auszusprechen. Es ist empfehlenswert, das, was passiert ist, klar zu benennen, Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung anzusprechen und im Gespräch eindeutige Formulierungen zu verwenden. Die Betroffenen erleben es als sehr unterstützend, wenn ihnen Ansprechpersonen namhaft gemacht werden, um den Zugang zu Informationen sowie weiterführende Gespräche zu erleichtern. Das Angebot an psychologischer Betreuung sowie Unterstützung dürfen ebenso wenig fehlen wie Information zu diversen Beratungsstellen (z. B. Patientenanwaltschaft). Im Mittelpunkt dieser Gespräche stehen immer Empathie, Verständnis und Wertschätzung gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen sowie Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit und die Übernahme der Verantwortung für den Vorfall.

Der Eintritt eines unerwünschten Ereignisses ist für alle Beteiligten eine extreme Belastung. Es löst u. a. große Sorgen, Ängste, Verzweiflung, Ohnmacht, und Misstrauen auf Seiten der PatientInnen und deren Angehörigen, aber auch große Betroffenheit, schwere Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Selbstzweifel bei den beteiligten MitarbeiterInnen, aus. Ein wertschätzender und sensibler Umgang

mit PatientInnen und Angehörigen macht zwar einen Fehler und dessen Auswirkungen nicht ungeschehen, kann aber helfen eine Krisen-Kaskade und gravierenden Vertrauensverlust zu vermeiden.⁵

Dieses dramatische Ereignis hat uns zur Erkenntnis verholfen, dass oft eine Vielzahl von Faktoren Ursache für ein unerwünschtes Ereignis sind und dass dabei mehrere Schutzbarrieren gleichzeitig, entsprechend dem „Schweizer Käsemodell“ (Swiss Cheese Modell von James Reason) durchlässig werden können. Eine weitere Erfahrung war, dass derselbe Fehler bereits in anderen Einrichtungen, also nicht nur bei uns, aufgetreten ist. In Ermangelung von Berichten und fehlender Kommunikation wussten wir dies nicht, und so konnten wir auch nicht von den Erfahrungen und dem Wissen anderer profitieren.

Für uns selbst war diese Situation sehr schwierig, aber sie war auch gleichzeitig Ausgangspunkt für die Entwicklung einer positiveren Fehlerkultur und der Etablierung des klinischen Risikomanagements. Seither werden gemeldete Beinahe-Fehler, Fehler und tatsächliche Schäden einer systematischen Analyse und Bearbeitung seitens der Stabstelle Risikomanagement unterzogen. Dies erzeugt ein hohes Engagement auf Seiten der MitarbeiterInnen, stärkt die Fehlerkultur sowie den offeneren Umgang mit Fehlern. Das ist bei uns im Haus mittlerweile deutlich wahrnehmbar: Beinahe-Fehler, Fehler, aber vor allem auch mögliche Risiken, die sich z. B. aus ähnlichem Aussehen von Verpackungen, Bedienungsproblemen oder Mängel von Medizinprodukten ergeben, werden nun offen, also nicht anonym, an die Stabstelle Risikomanagement kommuniziert. Es ist uns auch sehr wichtig zu vermitteln, dass MitarbeiterInnen ihre im Alltag gewonnenen Erfahrungen und Beobachtungen weitergeben sollen und sich der Zugang zur Stabstelle Risikomanagement unkompliziert gestaltet. Die zeitnahe Bearbeitung von Fehlerereignissen sowie die laufende Information über den Stand der Fehlerbearbeitung unter Einbeziehung der Betroffenen haben das Bewusstsein wachsen

lassen, dass Fehlererkennung eine wichtige Chance zur Verbesserung darstellt.

Darüber hinaus haben wir mittlerweile ca. 50 MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen zu zertifizierten RisikomanagerInnen ausgebildet, sodass an den Abteilungen zumindest ein bis zwei Risikomanager vorhanden sind. Mit dem Wissen, dass jedem in einem hochkomplexen System ein Fehler passieren kann, Fehler nicht absichtlich verursacht werden und Fehlern zumeist eine systemische Komponente zugrunde liegt, konnte sich generell ein anderer Ansatz im Umgang mit Fehlern entwickeln.

Die Entwicklung einer Fehlerkultur ist eine interdisziplinäre Aufgabe und kann daher nicht isoliert für eine Berufsgruppe betrachtet werden. Von großer Bedeutung ist, dass sich das Management angesichts eines unerwünschten Ereignisses aktiv dazu bekennt, dass die Suche nach Schuldigen ein falscher Lösungsweg ist. Ebenso wichtig ist, dass keine Sanktionen auf Fehlermeldungen folgen, sofern nicht grobe Fahrlässigkeit oder Mutwilligkeit vorliegen. Hier haben insbesondere Führungskräfte eine Vorbildfunktion einzunehmen und eine positive Haltung gegenüber MitarbeiterInnen glaubhaft zu vermitteln. MitarbeiterInnen müssen aus dem Verhalten der Vorgesetzten eindeutig erkennen können, dass sich die Kultur im Unternehmen von einer „cultur of blame“ zu einer Kultur des offenen und konstruktiven Umgangs mit Fehlern entwickelt hat. Für alle Beteiligten muss ersichtlich werden, dass die vielfach noch vorherrschende Erwartung, dass auf einen Fehler eine negative Konsequenz des Vorgesetzten folgt, der Vergangenheit angehört.⁶ Werte wie Vertrauen, Teamarbeit, Wertschätzung, Fehleroffenheit, Risikobewusstsein, Verantwortung, Sorgfalt, Reflexion, Patienten-, Mitarbeiter- und Teamorientierung sowie eine gelungene Kommunikation verbunden mit einem gesicherten Informationsfluss kommen in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Sie bilden zusammen mit der Implementierung eines Fehlermanagementsystems die Basis für die Ent-

wicklung einer gemeinsamen Fehlerkultur sowie einer höheren Sicherheit für den Patienten.

Unser Ziel ist es, unser Krankenhaus zu einer lernenden, hochverlässlichen Organisation zu entwickeln. In funktionierenden hochverlässlichen Organisationen (High Reliability Organisations) wie z. B. Atomkraftwerken, Flughäfen/Luftfahrt, Flugzeugträgern und eben auch Krankenhäusern wird versucht, der hohen Komplexität und Unvorhersehbarkeit durch intelligentes Organisationsdesign und Management Herr zu werden. Dies kann insbesondere erreicht werden durch:

- Achtsamkeit: Das Arbeitsumfeld und die Abläufe müssen so gestaltet sein, dass Ablenkungen und Unterbrechungen vermieden und konzentriertes Arbeiten sicher gestellt werden können;
- Fehlertoleranz: Abläufe müssen derart gestaltet sein, dass einzelne Fehler nicht das System gefährden bzw. zu einem Schaden führen können, sondern im Sinne des Swiss Cheese Modells mehrere Sicherheitsbarrieren sinnvoll implementiert sind und somit Fehler abgefangen bzw. vor einer Schadenswirkung entdeckt werden;
- keine vereinfachenden Interpretationen: Die Analyse von unerwünschten Ereignissen hat systematisch und gründlich zu erfolgen, auch wenn dies mitunter für die Organisation zu unangenehmen, schwer lösbaren bzw. bisher tabuisierten Ergebnissen (im Sinne des Handlungsbedarfs) führt.

Die Bereitschaft sich mit Beinahe-Fehlern und Fehlern aktiv auseinanderzusetzen hat sich in unserem Haus in den letzten Jahren sehr gut entwickelt. Der Grundstein für die Etablierung einer positiv ausgerichteten Fehlerkultur ist gelegt. Es ist uns jedoch durchaus bewusst, dass wir noch einen weiten Weg vor uns haben, bis ein souveräner Umgang mit Fehlern sowie hohe Fehlerkompetenz innerhalb unserer Organisation gegeben ist. Unser Ziel ist es, die Effizienz und Effektivität unseres Hauses durch eine produktive Fehlerkultur zu erhöhen, einen gemeinsamen Austausch über Fehler sowie suboptimale Abläufe zu forcieren und das

Lernen aus Fehlern und das Erarbeiten von neuen und sinnvollerer Lösungen aktiv zu unterstützen.⁷ Fehler können zur Lernchance werden. Dafür müssen sie aber systematisch analysiert, strukturiert bearbeitet und Maßnahmen abgeleitet und nachhaltig und konsequent umgesetzt werden. Dies ist letztendlich Aufgabe der Führungskräfte, die die Verantwortung dafür übernehmen müssen.

Referenzen

- 1 vgl. Ebner G., Heimerl P., Schüttelkopf E. M., *Fehler, Lernen, Unternehmen*, Peter Lang, Frankfurt/Main (2008), S. 209 ff.
- 2 vgl. Habermann M., Henning C., *Befragung in Krankenhäusern, Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement*, *Pflegezeitschrift* (2010); 63(9): 552-555
- 3 *Fehlermanagement: Den Umgang mit Fehlern lernen*, Clinicum 4/2008, <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=92070&dspaid=699532>, (letzter Zugriff am 16. November 2010)
- 4 vgl. Ref. 3
- 5 vgl. Schwappach D., *Der Fehler nach dem Fehler*, *PrimaryCare* (2010); 10: 223-224, http://www.patientensicherheit.ch/dms/de/themen/wissenschaftliche-veroeffentlichungen/3416_Schwappach_2010_PrimCare_d/x3416_Schwappach_2010_PrimCare_d.pdf (letzter Zugriff am 27. Dezember 2010)
- 6 vgl. Gottsbacher R., *Entwicklung einer Fehlerkultur auf Intensivstationen. Abschlussarbeit im Rahmen der SAB Intensivpflege an den Salzburger Landeskliniken*, Salzburger Landeskliniken (2005), http://www.lazarus.at/img_uploads/2456-DA_Fehlerkultur160605.pdf, (letzter Zugriff am 10. Dezember 2010), S. 13 f.
- 7 vgl. Ebner G., Heimerl P., Schüttelkopf E. M., siehe Ref. 1, S. 15

Gabriele Cerwinka

Umgang mit Angst, Scham und Schuld bei Fehlern

Dealing with Anxiety, Shame and Guilt After Errors

Zusammenfassung

Ein Fehlerfall gilt in der Medizin stärker als in anderen Bereichen als inakzeptabel und daher als gefürchtet. Oft fehlt es in der Praxis an einem angstfreien Raum ohne gravierende persönliche Konsequenzen und Sanktionen im Fall eines Fehlers. Der daraus resultierende Umgang mit Angst, Scham und Schuld bei Fehlern stellt einen wesentlichen Teil einer geeigneten Fehlerkultur eines Unternehmens dar. Ein möglichst vorurteilsfreier Umgang mit Fehlern im Sinn der Sicherheit der Arbeitsabläufe ist daher eine der Hauptaufgaben des medizinischen Managements. Ein Teilaspekt dieser Management-Aufgaben ist die Schaffung einer Kommunikationskultur, die das Eingestehen von Fehlern zulässt. Die kommunikative Seite in der gesamten Fehlerkultur, die in diesem Artikel dargestellt wird, ist eine Kunst, die eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Kommunikation, aber auch mit der Teamkommunikation notwendig macht.

Schlüsselwörter: Fehlerkultur, Lösungsfindung, Angst, Schuld, Kommunikationskultur

Abstract

Making a mistake in the medical arena – and stronger here than in any other branch – is unacceptable and therefore feared. In practice there is often no “safe space” for the involved to make a mistake without grave personal consequences and sanctions in such an event. The consequent handling of anxiety, shame and guilt as a result of mistakes represents a substantial part of an appropriate “mistake culture” in an organisation. For this reason, the unprejudiced handling of mistakes to ensure safety in working processes is one of the main tasks of medical management. One part of these management tasks is the creation of a communication culture, which allows for the acknowledgement of mistakes. The communication part of the entire mistake culture, which is represented in this article, is an art, that necessitates intense processing of personal as well as team communication.

Keywords: Mistake Culture, Finding of Solutions, Anxiety, Guilt, Communication Culture

Univ.-Lekt. Mag. Dr. Gabriele Cerwinka, MSc
Coaching & Kommunikation e. U.
Freyenthurmstraße 18 Haus 5/3, A-1140 Wien
Gabriele.Cerwinka@aon.at

Einleitung

Unsere Informationsgesellschaft ist in nahezu sämtlichen Berufsgruppen durch Zeitdruck, ungeheure Informationsmengen, komplexe Arbeitsabläufe und großen Leistungsdruck gekennzeichnet.

Diese Voraussetzungen erfordern von jedem einzelnen Mitarbeiter, ob in der Pflege, von Ärzten oder Verwaltungsmitarbeitern, einige notwendige Fähigkeiten, wie z. B. die Übernahme der Aufgaben- und Teamverantwortung, einen sach- und emotionsorientierten Kommunikationsstil und vor allem ein konstruktives Verhalten im Fehlerfall.

Gerade im Fehlerfall wird in der täglichen Berufspraxis oft sichtbar, dass oft ein „angstfreier Raum“, und zwar ohne gravierende persönliche Konsequenzen bzw. Sanktionen im Fall eines Fehlers fehlt. Selten werden im Berufsalltag *Fehler als Verbesserungspotenzial* gesehen. Vielmehr werden Mitarbeiter durch eine mangelnde Fehlerkultur verunsichert, demotiviert und nicht selten in ihrer persönlichen Würde verletzt.

Eine geeignete *Fehlerkultur* ist Teil der Unternehmenskultur und muss im Wertebild einer Organisation verankert sein, wobei das theoretische Anführen dieser Maßnahmen alleine zu wenig ist. Daher sind Führungskräfte stets aufgerufen, eine geeignete Fehlerkultur (= vorurteilsfreier Umgang mit Fehlern) mit Vertrauensbasis im Sinn der Sicherheit der Arbeitsabläufe zu installieren und diese auch umzusetzen. Denn vereinfacht gesagt, kann ein vertuschter Fehler andere Menschen gefährden.

Zentraler Punkt einer positiven Fehlerkultur ist die Vertrauenskultur im Unternehmen. Als Teil der *Vertrauenskultur ist der vorurteilsfreie Umgang mit Fehlern* durch die Vorbildfunktion seitens der Vorgesetzten und Führungskräfte auch zu leben, um Mitarbeitern hemmende *Angst und Scham* bei Fehlern zu nehmen. Dabei ist der Grundsatz zu beachten, dass hinter dem Gefühl Angst oft das Streben nach Sicherheit, Fairness und Gerechtigkeit steht. Angst ist ein dauerhaftes Gefühl und häufig die Ursache der Vermeidung bestimmter Verhaltensweisen und Situationen.

Unabdingbare Faktoren einer geeigneten Fehlerkultur sind:

- ein professioneller Umgang aller Teammitglieder mit Angst und *Schuld* bei Fehlern unter Einhaltung der Eskalationsstufen: vom direkten Mitarbeitergespräch bis zu klärenden Gesprächen mit den Unternehmensverantwortlichen.
- eine offene Kommunikation mit den Betroffenen und vor allem keine unreflektierten Schuldzuweisungen
- keine Sanktionen, die die persönliche Würde des Einzelnen verletzen und ihn vor dem Team bzw. vor Patienten/Angehörigen bloßstellen
- Beispielwirkung durch den/die Vorgesetzten
- Die Meldung eines Fehlers muss freiwillig sein, die Reaktion darauf einen wertschätzenden Umgang zeigen.

Die Kommunikation von Fehlverhalten im Team

Im Rahmen einer geeigneten Fehlerkultur bedarf die Kommunikation von Fehlverhalten im Team einerseits bestimmter Prinzipien, die der Risk-Manager oder Vorgesetzte vorschlägt und mit dem Team vereinbart (z. B. Eigenverantwortung, Gleichberechtigung, etc.). Andererseits ist im Sinne eines konstruktiven Vorgehens ein teamstützendes Verhalten anzuwenden. Dazu gehören einige kommunikative und persönliche Kompetenzen, wie:

1. Fähigkeit zu beschreiben

Informationen, Gefühle, Ereignisse, vielschichtige Wahrnehmungen als ersten Schritt darbieten, ohne moralische Wertung und ohne den Anspruch, der Empfänger müsse sein Verhalten oder seine Einstellung widerspruchlos ändern.

2. Lösungsorientierung

Je nachdem, welche Fehler vorliegen, ist ein „offen sein“ für die Interessen der anderen wesentlich sowie die Mitarbeit bei der Definition eines gemeinsamen Problems. Dem Fehlerverursacher die Mitarbeit an der Lösung zugestehen, ist von

der Mitarbeiterführung und Wissensebene her ein entscheidender Faktor. Das Suchen von Schuldigen muss einer hohen Lösungs- und Änderungsorientierung vorgezogen werden.

Im Gespräch selbst setzt diese Lösungsorientierung eine straffe Gesprächsführung und das Unterbinden von langen Rechtfertigungen voraus, um zur konkreten Lösung des Problems zu kommen. Rechtfertigungen oder Verteidigungen beinhalten meist keine Lösungsansätze, daher liegt es am verantwortlichen Vorgesetzten oder Problemmanager, Mitarbeiter und Kollegen in die Lösungsverantwortung zu zwingen.

3. Fähigkeit, direkt zu kommunizieren

Diese Fähigkeit beinhaltet direktes Kommunizieren, sich selbst in den Prozess einbringen können, persönliche Frageabsicht kundtun, alle relevanten Informationen geben und letztlich auch eigene Fehler zugeben können.

Entscheidend für das Klärungsgespräch ist es, folgende Fragen für sich im Vorfeld zu beantworten: Welches Ziel verfolge ich mit dem Fehlergespräch: Will ich zeigen, dass ich besser bin oder will ich eine Korrektur oder eine Verhinderung des Fehlers erreichen? Geht es im Team darum, etwas zu vertuschen oder offen zu klären? Was war mein persönlicher Anteil an diesem Fehlverhalten?

4. Einfühlungsvermögen und Verständnis zeigen

Verständnis für die Gefühle, Respekt für den Wert der anderen, Identifizierung mit ihren Problemen, ernst nehmen der emotionalen Reaktionen, kein Versuch, den anderen ändern zu wollen. Dem anderen das Gesicht wahren zu lassen, ist eine der wesentlichen Voraussetzungen im Umgang mit Scham, Schuld und Angst bei Fehlern. Nach einem, mit hoher Emotion geführten Klärungsgespräch soll den Mitarbeitern in jedem Fall eine zweite Chance nach einer gewissen Beruhigung der Gefühle gegeben werden. Allerdings ist hier die Freiwilligkeit der Teilnahme an einem weiteren Gespräch zu betonen.

5. Partnerschaftlichkeit leben

Den anderen trotz aller Unterschiede anerkennen, ihn so annehmen, wie er ist, gleichwertig behandeln und kooperieren. Die Klärung des Fehlverhaltens muss nicht zwingend auf der nächsten Hierarchie-Stufe bzw. auf der Vorgesetzten-Ebene stattfinden. Oft ist es besser, Lösungen und Auswege aus den Auswirkungen von Fehlern auf der gleichen Hierarchie-Ebene zu besprechen. Erst wenn dort eine Lösung nicht gefunden werden kann, ist in die nächste Verantwortlichen-Ebene zu gehen.

6. Kommunikation gewährleisten, die das Eingestehen von Fehlern zulässt

Eine Kommunikationskultur, die das Eingestehen von Fehlern zulässt, bedeutet die Offenheit, seine Meinung, Vorstellungen, Ziele, Haltungen, Einstellungen zu kommunizieren und letztlich von anderen auch zuzulassen, ohne gravierende persönliche Konsequenzen zu befürchten.

Die kommunikative Seite in der gesamten Fehlerkultur ist eine Kunst, die eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Kommunikation, aber auch mit der Teamkommunikation notwendig macht. Diese ist täglich zu trainieren, um im Ernstfall die erforderlichen Tools, Worte und Strategien sofort zur Verfügung zu haben.

Erfolgreich wird ein positives Fehlermanagement dann sein, wenn sich alle Beteiligten davon lösen, dass Fehler und deren Auswirkungen stets einer negativen Bewertung ihrer persönlichen Leistung gleichkommen. Die Fehlerbearbeitung soll vielmehr als eine aktive Beteiligung des Mitarbeiters am Entwicklungsprozess eines Unternehmens gesehen werden.

Das Fehlergespräch

Speziell im Fall von unerwünschten Ereignissen bestimmen sowohl Emotions- als auch Sachfragen unser Handeln und unsere Kommunikation. Meist werden im Kommunikationsvorgang diese beiden Ebenen vermischt, wodurch oft die Basis für die Lösungserarbeitung verringert wird. Besonders

wichtig ist es daher, immer wieder beide Komponenten *hörbar zu trennen und zu kommunizieren*.

Damit das entsprechende Fehlergespräch gelingt, ist zu beachten, dass entschieden und bestimmt formuliert wird, die Situationen nachvollziehbar dargestellt werden und auf Fakten beruhen. Zusätzlich unterstützt das Klärungsgespräch eine positive und konkrete Sichtweise, am besten aus der Wahrnehmung des Gesprächspartners.

Erschwerend ist aus der kommunikativen Sicht auch das Formulieren von eigenen Einschränkungen (z. B. „*Ich bin mir nicht sicher, ob...*“) bzw. Abwertungen im Voraus („*Selbstverständlich müssen die Schuldigen gefunden werden...*“). Offene Fragen liefern breite Informationen, während geschlossene Fragen (Haben Sie..., Wurden Sie..., Sind Sie...?) meist die aktive Lösungsfindung behindern.

Nach Rosenberg sollten im Sinne einer *gewaltfreien Kommunikation* in jedem Fehlergespräch die vier Komponenten Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten klar ausgesprochen und verstanden werden, wobei es für den Erfolg wesentlich ist, nicht zu bewerten und Bitten mit treffenden Worten zu äußern. Für die Gefühlsseite können hier etwa Wörter wie „beruhigt sein, überrascht sein, zufrieden sein, betroffen sein, etc.“ verwendet werden. Für die Formulierung von eindeutigen Bitten stehen z. B. „Ich brauche dazu, ich bitte um mehr, ich ersuche um weniger, ich trage dazu bei...“ zur Verfügung.

Bei einer gelingenden Kommunikation geht es nicht darum, Menschen und deren Verhalten zu ändern, nicht den Willen durchzusetzen, sondern Beziehungen aufzubauen, die auf Offenheit und Einfühlsamkeit beruhen, so dass sich über kurz oder lang die Bedürfnisse jedes Einzelnen erfüllen. Oberstes Ziel im Fehlergespräch ist das Aufbauen von gegenseitigem Vertrauen.

Das persönliche Klärungsgespräch nach Fehlern

Das Führen eines Fehlergesprächs, bei dem u. a. Schuld und Scham verringert werden, ist eine der wichtigsten Herausforderungen für Führungs-

kräfte, um die Akzeptanz durch die Mitarbeiter aufrechtzuerhalten. Wesentlich für den Gesprächsleiter ist es daher, sich bewusst auf den Gesprächspartner zu konzentrieren und sämtliche Beteiligte in das Gespräch einzubeziehen. Das gelingt dadurch, indem Fragen gestellt werden und vor allem unvoreingenommen zugehört wird (z. B. was ist wie wann, wo abgelaufen, wer war beteiligt?). In so einem Gespräch ist es unterstützend, auf das Spiegeln in der Kommunikation zu achten, indem die gleiche Stimmungswellenlänge und eine ähnliche positive Körperhaltung und Sprechgeschwindigkeit eingenommen werden.

Um den Gesprächserfolg zu gewährleisten, können schwer Verständliches oder komplizierte Zusammenhänge noch einmal mit eigenen Worten wiederholt werden. Durch die Bestätigung der Aussage kann danach kontrolliert werden, ob die Aussagen richtig wahrgenommen wurden (Communication Loop). Dabei ist ebenfalls das nonverbale Feedback zu beachten.

Eine große Gefahr im Fehlergespräch stellen herablassende Bemerkungen dar, die die Gefahr bergen, dass der andere sein Gesicht verliert. Daher ist es sinnvoll, die Sache von der Beziehung, der Schuld und einem schlechten Gefühl zu trennen und sich auf klare und auf das Wesentliche beschränkte Informationen zu konzentrieren.

Das Anbringen von Kritik im Fehlergespräch

Das konstruktive Anbringen von Kritik im Fehlergespräch im Sinn einer Verringerung der Scham- und Schuldsituation ist in der Personalführung eines der heiklen Kapitel und bedarf einer geeigneten Vorgangsweise. Wesentlich und zielführend ist es hier, die Sache, um die es konkret geht, in den Mittelpunkt zu stellen und die Kritik zeitlich passend anzubringen. Was sich vor Wochen zugetragen hat, weiß der Beteiligte in den meisten Fällen nicht mehr so genau und reagiert daher verständlicherweise unbestimmt, vage bzw. unsicher.

Um das zu verhindern, soll Kritik ernst ausgesprochen werden, ohne sie zu verkleinern oder zu

verniedlichen. Ein leichtfertiger Umgang mit kritischen, oft nur in den Raum geworfenen Bemerkungen, kann das Ende einer funktionierenden Fehler-Kommunikation bedeuten. Darüber hinaus soll Kritik zunächst keine Wertung enthalten, sondern eine Beschreibung des zu kritisierenden Tatbestandes darstellen. Am besten funktioniert das, wenn Kritik mit einer Formulierung aus der eigenen Sicht („Ich“-Sicht) beginnt, um Schuldzuweisungen zu vermeiden. Kritik muss in jedem Fall für den Kritisierten konkrete Informationen und keine Verallgemeinerungen enthalten. Dass die Kritik angemessen und nicht persönlich verletzend ausgesprochen wird, ist Grundbedingung.

Um im Kritikgespräch Sachlichkeit zu garantieren, ist es unabdingbar, sich vorab entweder einen *Lösungsvorschlag* zu überlegen oder eine *Alternative* anzubieten, um damit einen positiven „Ausweg“ aufzeigen. Konstruktive Kritik ist immer auf eine Lösung gerichtet. Kritik darf *nicht einzig und allein das Aufzeigen von Fehlern* und Mängeln bei dem anderen zum Ziel haben. Kritik sollte weiters in einem ersten Schritt unter vier Augen und so klar formuliert werden, sodass keine Missverständnisse aufkommen können. Oft ist es in emotional berührenden Schuld-Situationen besser, noch einmal nachzufragen, ob und wie das Feedback angekommen ist.

Wie sollte nun der betroffene Mitarbeiter selbst mit Konflikten in Bezug auf Fehlverhalten umgehen? Wesentlich im Sinne der Erwachsenen- und Inhaltsebene ist es, den Konflikt vorerst zuzulassen und nicht zu verdrängen. Dass ein Konflikt positiv als Chance zur Klärung gesehen werden kann, ist nicht immer leicht zu akzeptieren. Trotzdem ist es entscheidend, die einzelnen Faktoren und Vorwürfe zu klären und bei Unklarheit nachzufragen, wie der Vorwurf exakt lautet oder das Fehlverhalten aus der Sicht der anderen gewirkt hat. Arbeitnehmer bzw. Mitarbeiter stecken oft in dem Prinzip Gewinner-Verlierer, was wenig zur Klärung des Fehlverhaltens beiträgt. Wenn es gelingt, aus dem Konflikt um einen Fehler eine funktionierende Kooperation werden zu lassen, wird das Wir-Gefühl verstärkt, und

Schuldzuweisungen können verringert werden.

Das Überbringen einer Entscheidung im Fehlerfall

Oft ist es notwendig entgegen anderer Meinung, dem Team eine Entscheidung im Fehlerfall (z. B. als Risk Manager) zu übermitteln, die nicht von allen sofort akzeptiert werden kann. In diesem Fall ist die persönliche und die inhaltliche Vorbereitung eine wesentliche Voraussetzung, um gegenüber negativen Stimmungen im Team bestehen zu können:

Zur *persönlichen Vorbereitung* gehört in jedem Fall ein Bewusstmachen der eigenen Meinung, der eigenen Emotion, der eigenen Sichtweise zu der Entscheidung oder zum Sachinhalt. Unangenehme Entscheidungen erfordern Verantwortungsbereitschaft und sind Teil des beruflichen Alltags – sowohl für Vorgesetzte als auch für Mitarbeiter.

Zur *inhaltlichen Vorbereitung* ist im Vorfeld abzuklären, welche Informationen über die Entscheidung der Überbringer selbst bekommen hat und wer einen Nutzen aus der Entscheidung hat. Das Abwägen der Gründe, welche dafür und welche dagegen sprechen, ist Grundlage einer inhaltlichen Vorbereitung.

Bei der *Kommunikation der Entscheidung* selbst (die oft keinen vordergründigen Nutzen für die Mitarbeiter enthält) ist es wesentlich, mit einer Beschreibung der Ist-Situation zu beginnen, um alle Anwesenden auf den gleichen Wissensstand zu bringen. Das Überbringen von Entscheidungen und damit oft von unangenehmen Nachrichten geht am besten persönlich, in Einzelgesprächen oder gemeinsamen Teambesprechungen vor sich, bei denen möglichst alle Mitarbeiter anwesend sind. Die alleinige Kommunikation per E-Mail verfehlt meist seine Wirkung. Ein möglicher Aufbau kann folgendermaßen aussehen:

- Eine Aussage (z. B. Ist-Situation) wird durch
- ein Argument
- bzw. durch Beweise und Beispiele (wie, wodurch)
- zu einer Folgerung (daher) geführt.

Durch diesen Aufbau wird die Botschaft ver-

bindlicher und bleibt länger in Erinnerung, da emotionale Blockaden durch Behauptungen oder Forderungen, die als Erstes gehört werden, abgebaut werden. Das Formulieren von Schlussfolgerungen bringt den Inhalt in die zukünftige Umsetzung, die letztlich im Vordergrund steht. Dadurch kann auch klar hervorgestrichen werden, dass die Entscheidung (z. B. die Installierung eines Fehlermeldesystems oder die Verwendung geeigneter Checklisten) gefallen ist und sich nun alle im Team danach zu richten haben, um Fehlverhalten zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, welches Fachwissen, Ressourcen, Maßnahmen oder Know-how benötigt wird, *um den Fehler künftig zu vermeiden*, um zu gewährleisten, dass dieser Fehler nicht noch einmal passiert. Im Sinn eines systemischen Ansatzes ist dabei auf die Einflussfaktoren von außen und innen und auf den Zeitfaktor für eine bestimmte Veränderung zu achten.

Fazit

Fehler stellen für ein Team Belastungen dar, vor allem dann, wenn sie mit Angst, Scham oder Schuldfragen gekoppelt sind. Menschen agieren in beruflichen Situationen nicht immer perfekt, wobei das gerade im medizinischen Bereich ein ernst zu nehmendes Kriterium ist. Hier ist bewusst bei der Fehlerbearbeitung zu unterscheiden, *welche Fehler mit welchen Auswirkungen* passiert sind. Gerade darum ist auch an die Fehlerbehebung *nüchtern und sachlich* heranzugehen, indem die Situation verantwortungsbewusst analysiert wird. Falls notwendig, muss vom Einzelnen für diese Situation oder das Fehlverhalten Verantwortung übernommen werden. Dabei sind konkret die eigenen Gefühle von der Ebene des Inhalts, von der Sache zu trennen.

In Bezug auf die Kommunikation ist es hilfreich, im Fehlergespräch die *positive Gesprächsbeziehung* aufrechtzuerhalten – *in der Sache jedoch hart* zu bleiben, um Sicherheit gerade im Fall von Scham und Schuld zu geben. Ein authentisches und konstruktives Verhalten durch den Vorgesetzten schafft Vertrauen und die Bereitschaft zur Mitarbeit an einer

aktiven Lösungsfindung.

Weiterführende Literatur

- Cerwinka G., Schranz G., *Nervensägen*, Linde, Wien (2005)
 Cerwinka G., Schranz G., *Beim ersten Eindruck gewinnen*, Linde, Wien (2006)
 Cerwinka G., Schranz G., *Die Büro-Bibel*, Linde, Wien (2011)
 Cerwinka G., Schranz G., *Wenn der Kunde laut wird*, Linde, Wien (2009)
 Fisher R., Ury W., Patton B., *Das Harvard-Konzept*, 23. Auflage, Campus, Frankfurt/Main (2009)
 Kreutzer K., *Angst vor Fehlern? Schwerer Fehler!*, Leykam, Graz (2003)
 Rosenberg M., *Gewaltfreie Kommunikation*, Junfermann, Paderborn (2007)
 Schulz von Thun F., *Miteinander reden*, Band 1, 2 und 3, Rororo, Reinbek (2011)
 Sprenger R. K., *Das Prinzip Selbstverantwortung*, Campus, Frankfurt/Main (2007)
 Stemmermann W., *Der Arzt und sein Team*, Springer, Berlin (1993)
 Wolff G., Göschel G., *Mitarbeiterführung in Arztpraxis und Klinik*, Springer, Berlin (1987)

Studie: Frauen-Todesrate in Industrienationen nach IVF höher als nach Abtreibung

Das Verfahren der künstlichen Befruchtung kann das Leben der Mutter gefährden. Eine rezente Studie aus den Niederlanden zeigt, dass die Sterblichkeit im Rahmen von IVF-Schwangerschaften erhöht war: Die Mortalitätsrate war bei IVF-Schwangerschaften in den Jahren 1984 – 2008 mehr als dreimal so hoch (42/100.000) als bei allen Schwangerschaften insgesamt (12,8/100.000). In post-industriellen Gesellschaften bringe die In-Vitro-Fertilisierung bereits ein höheres Risiko für den Tod der Mütter mit sich als eine Abtreibung, konstatieren britische Gynäkologen nun im Editorial des *British Medical Journal* kritisch. Deshalb fordern sie, dass offener über Risiken bei In-vitro-Fertilisierung aufgeklärt, nur noch ein Embryo eingesetzt sowie schwere Komplikationen systematisch dokumentiert werden sollen, um daraus lernen zu können.

Laut Susan Bewley von der *Guy's and St. Thomas NHS Foundation Trust* in London und ihren Kollegen starben in den Jahren 2003 und 2005 in Großbritannien sieben Frauen direkt an den Folgen einer künstlichen Befruchtung. Vier der Todesfälle gingen auf ein sogenanntes ovarielles Hyperstimulations-Syndrom zurück: Frauen müssen für das Spenden von Eizellen extrem hohe Hormondosen zu sich nehmen. Die dafür verwendeten Medikamente stellen eine große Belastung für den weiblichen Organismus dar. Eine zweite Gefahrenquelle sind Mehrlingsschwangerschaften, da im Zuge eines IVF-Verfahrens meist mehrere Embryonen zugleich implantiert werden, um die Chance einer Schwangerschaft zu erhöhen.

Eine jüngst im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie zeigt außerdem, dass Frauen, denen „gespendete“ befruchtete Eizellen eingesetzt wurden, als Hochrisikopatienten einzustufen sind. Es kam zu einer deutlich höheren Häufung von schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck („Präeklampsie“), der in drei von acht Fällen zwischen 2006 und 2010 so gefährlich war, dass die Schwangerschaft wegen akuter Lebensbedrohung für die Mutter frühzeitig beendet werden musste.

Human Reprod (2010); 25: 1782-1786

Br Med J (2011); 342: d436

Dt. Ärzteblatt (2011); 108(3): 23-31

Deutschland: Kirchen stellen neue Christliche Patientenversorgung vor

Die christlichen Kirchen in Deutschland haben den Anspruch der Bürger auf ein menschenwürdiges Sterben betont und eine neue Handreichung vorgestellt: die neue Christliche Patientenversorgung. Das Dokument

tritt an die Stelle der bisherigen „Christlichen Patientenverfügung“. „Wir hoffen, damit einen Weg zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung aufzuzeigen“, heißt es in der Ende Jänner 2011 veröffentlichten, rund 50 Seiten umfassenden Broschüre. Bemerkenswert ist, dass die Christliche Patientenversorgung gegenüber ihrem Vorgängerdokument nicht nur die eigentliche Patientenverfügung enthält, sondern auch drei weitere Möglichkeiten der selbstbestimmten Vorsorge: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Äußerung von Behandlungswünschen. Die christlichen Kirchen empfehlen, sich frühzeitig und intensiv darüber Gedanken zu machen, welche Vertrauenspersonen als Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer benannt werden können und welche medizinische Behandlung gewünscht oder ausgeschlossen wird. Auch wenn es nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, sei eine ärztliche Beratung beim Ausfüllen des Formulars ratsam. Im Gegensatz zu anderen ähnlichen Vorsorgetexten berücksichtigt das Dokument auch theologisch-ethische Aspekte eines christlichen Umgangs mit Lebensende, Sterben und Tod.

Pressemitteilung der Dt. Bischofskonferenz, 26. Jänner 2011

Studie: Mehr Geschlechtskrankheiten unter britischen Teenagern seit rezeptfreier „Pille danach“

Die rezeptfreie und kostenlose Abgabe der „Pille danach“ in Apotheken wurde von der britischen Regierung mit dem Hinweis propagiert, dadurch die Rate der Teenagerschwangerschaften senken zu können. Zehn Jahre später zeigt eine Studie das Gegenteil: Nicht nur, dass sich die Zahl der Schwangerschaften bei Minderjährigen nicht verringert hat – es kam zugleich zu einem Anstieg der sexuell übertragbaren Erkrankungen (STI), was auf einen zunehmenden Verzicht auf Kondome hinweist, berichten die Autoren im *Journal of Health Economics*.

Damit bestätigt sich auch ein Report aus dem Jahr 2007, wonach bislang kein Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Verhütungsmitteln und einem nennenswerten Rückgang von unerwünschten Schwangerschaften oder Abtreibungen nachgewiesen werden konnte, berichtet *ScienceDaily*.

Großbritannien hat europaweit die höchste Rate an Teenagerschwangerschaften. Eine Gegenmaßnahme der Regierung bestand in der Teenage Pregnancy Strategy von 1999. Sie sah vor, dass Teenager unter 16 Jahren in der Apotheke gratis ein Notfallkontrazeptivum erhalten. Doch die „Morning after pill“ war kein Erfolg, wie die Ökonomen David Paton und Sourafel Girma von der Universität Nottingham in ihrer Studie zeigen. Für die

Autoren ist dies ein klares Indiz dafür, dass vor allem die jungen Teenager noch häufiger als zuvor ein risikoreiches Sexualverhalten eingehen.

Das Gesetz sei gut gemeint gewesen, habe aber das Gegenteil von dem bewirkt, was es eigentlich erreichen wollte. Die Regierung sollte sich deshalb die Frage stellen, ob Gelder aus öffentlicher Hand, die die Gratis-Abgabe der „Pille danach“ finanzieren, nicht effizienter eingesetzt werden sollten, kritisieren die Gesundheitsökonominnen.

J Health Econ (2011); doi:10.1016/j.jhealeco.2010.12.004
ScienceDaily, 2. Februar 2011

Euthanasie: Kein Recht auf Suizid, sagt Europäischer Menschenrechtshof

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat abermals in einem Streit um Beihilfe zum Suizid entschieden, dass ein Staat nicht zu Selbstmord-Beihilfe verpflichtet ist. Die Straßburger Richter wiesen dabei die Klage eines Schweizer ab, der wegen einer psychischen Erkrankung seinem Leben ein Ende setzen wollte. Der 57-jährige Mann, der seit rund 20 Jahren an einer schweren psychischen Krankheit leidet, wollte seinem Leben, das er als nicht mehr würdig empfand, ein Ende setzen. Die Ärzte hätten sich jedoch geweigert, ihm das dafür notwendige rezeptpflichtige Mittel Pentobarbital zu verschreiben. Auch die Behörden und schließlich das Schweizer Bundesgericht wiesen seine Klage zurück. Daraufhin legte er Beschwerde beim EGMR ein und berief sich dabei auf Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, wonach ihm seines Erachtens das Recht zustünde, über seinen eigenen Tod zu entscheiden. Der Staat oder ein Dritter habe deshalb die Pflicht, ihn beim Selbstmord zu unterstützen, so dass dieser sicher gelinge und schmerzfrei sei.

Der EGMR entschied, dass ein Mensch frei über die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst entscheiden könne. Allerdings gebe es keine „positive Verpflichtung“ eines Staates, eine tödliche Medikamentendosis zur Verfügung zu stellen. In ihrem Urteil betonten die Straßburger Richter, dass die Gefahren eines Systems, in dem die Beihilfe zum Suizid erleichtert würde, nicht unterschätzt werden dürften. Das in der Europäischen Menschenrechtskonvention verankerte Recht auf Leben bedeute für die Staaten auch die Pflicht, Regelungen dafür zu treffen, dass die Entscheidung, das Leben zu beenden, wirklich dem freien Willen des Betroffenen entspreche.

Pressemitteilung des EMGR zum Urteil Haas vs. Schweiz,
20. Jänner 2011

Pränataldiagnostik: Gynäkologen wehren sich gegen Tendenz zur Eugenik

Die Pränataldiagnose driftet immer mehr in Richtung Eugenik. Gegen diese in westlichen Ländern deutlich beobachtbare Entwicklung positioniert sich nun auch in Frankreich eine Gruppe von Gynäkologen, Radiologen, Hebammen und Krankenschwestern. Das neu gegründete „Komitee zur Rettung der Pränatalmedizin“ fordert aus Anlass der für Februar 2011 geplanten Revision des französischen Bioethik-Gesetzes eine fundierte gesellschaftspolitische Debatte.

Die Pränataldiagnostik habe sich fehlentwickelt zu einem Instrument der Rasterfahndung nach Down-Syndrom-Kindern, kritisiert der Gynäkologe Patrick Leblanc, Initiator des Komitees. Dabei sei sie ein sehr wertvolles Instrument für die Gesundheit jener ungeborenen Kinder, bei denen Therapien möglich sind, und ein medizinischer Fortschritt.

In einem Interview mit *Le Point* warnt Leblanc vor zwei Folgen einer „unmenschlichen“ Pränatalmedizin: Zum einen entstehe der Anspruch auf ein „Null-Fehler-Baby“, das auf immer mehr Krankheiten oder Veranlagungen auf Krankheiten getestet werden muss, um als „lebenswert“ eingestuft zu werden. Zum Zweiten würde die Abtreibung von kranken Kindern dazu führen, dass kein Interesse – und damit Geld – in mögliche Therapien fließe.

Nach Ansicht des Gynäkologen, dessen Initiative bereits von 250 Mitstreitern unterzeichnet wurde, würden sich Ärzte, aber auch Frauen unter einem ethisch unannehmbaren Druck befinden, was zu einer Verkürzung der eigentlichen Aufgabe der Pränatalmedizin führe.

Nach Meinung der Initiatoren sollte die gesetzliche Verpflichtung festgeschrieben werden, im Zuge einer Pränataldiagnose Frauen eine „ausgewogene Information“ zukommen zu lassen sowie die Möglichkeit, durch betroffene Eltern mehr über ein Leben mit behinderten Kindern erfahren zu können. In Deutschland wurden im Frühjahr 2009 strengere Bestimmungen eingeführt: Bei Abtreibungen nach der 12. Schwangerschaftswoche besteht nun eine Beratungspflicht des Arztes. Zugleich muss nun zwischen der Diagnose und der ärztlichen Abbrucherlaubnis eine Bedenkfrist von drei Tagen liegen. Kommt der Arzt den Auflagen nicht nach, droht ihm ein Bußgeld von bis zu 5.000 Euro.

Le Point, 13. Dezember 2010

Deutschland: Gute Gründe für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Seit Monaten findet in Deutschland eine breite ge-

sellschaftspolitische und fraktionsübergreifende Debatte zur umstrittenen Präimplantationsdiagnostik (PID) statt. Bei der PID werden im Reagenzglas erzeugte Embryonen auf Gen-Defekte untersucht, bevor sie in die Gebärmutter eingesetzt werden, und im Fall von „Schäden“ vernichtet. Inzwischen haben sich Pro- und Kontra-Allianzen quer durch alle Parteien gebildet und Gesetzesentwürfe vorgelegt: Sie reichen von einer uneingeschränkter Zulassung über ein Verbot mit Ausnahmen unter bestimmten Bedingungen bis hin zu einem kompletten Verbot der Selektion von Embryonen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung. Zu den Initiatoren letzterer Variante gehören Abgeordnete von CDU und CSU, SPD-Politikerinnen wie die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, mehrere Grünen-Abgeordnete, eine Linke-Politikerin sowie ein FDP-Abgeordneter.

In ihrem Eckpunktepapier für ein komplettes Verbot der PID halten die Initiatoren fest: „Eine Gesellschaft, in der der Staat darüber entscheidet oder andere darüber entscheiden lässt, welches Leben gelebt werden darf und welches nicht, verliert ihre Menschlichkeit“. Die Initiative wendet sich gegen eine „Selektion menschlichen Lebens allein aufgrund einer schweren Erkrankung oder Behinderung“. Eine Legalisierung der PID würde aus ihrer Sicht einen „Paradigmenwechsel“ darstellen. In dem Gruppenantrag heißt es, man erkenne den hohen Leidensdruck betroffener Paare an. Doch behalte man die gesellschaftspolitischen Auswirkungen im Blick.

Ein gewichtiges Argument gegen PID seien auch die Erfahrungen in anderen Ländern. Die begrenzte Zulassung für nur wenige Einzelfälle ist in der Praxis nicht möglich. Zudem bestehe die Gefahr, dass künftig nicht nur Embryonen mit schweren Gen-Defekten aussortiert würden, sondern gezielt auch „erwünschte“ Embryonen erzeugt werden.

Darauf wies auch der in Österreich für Familie und Lebensschutz zuständige Diözesanbischof Klaus Küng im *Standard* hin. Schon jetzt richtet sich PID nicht „nur“ auf Behinderungen, sondern auf mögliche, später auftretende Krankheiten: „Wo wird die Grenze sein?“ In Österreich ist der Gencheck von Embryonen vor der Implantation verboten. Der Deutsche Bundestag soll im Frühsommer 2011 über die gesetzliche Regelung der PID entscheiden. Der Fraktionszwang wurde aufgehoben.

Der Standard, 6. Jänner 2011

Neuseeland: Protest gegen staatliches Screening-Programm von Ungeborenen

In Neuseeland protestiert eine Bürgerrechtsinitiative gegen ein staatliches pränatales Screening-Pro-

gramm, berichtet *The New Zealand Herald*. Das Gesundheitsministerium hatte ein Screening-Programm auf Down-Syndrom und andere Krankheiten ohne öffentliche Anhörung mit dem Argument der Qualitätssicherung im Februar 2010 eingeführt. Es wird von der Krankenkasse bezahlt, nach offiziellen Zahlen folgt in 90 Prozent der Fälle einer Diagnose von Down-Syndrom die Abtreibung des Kindes. Die Bürgerrechtsinitiative argumentiert, dass dieses staatliche Screening-Programm nach behinderten Kindern einem „Genozid“ gleichkomme und gegen die UN-Menschenrechtskonvention verstoße. Genozid ist seit der Konvention über die Verhütung und Bestrafung des Völkermordes von 1948 ein Straftatbestand im Völkerstrafrecht, der definiert ist durch die Absicht, „eine nationale, ethnische, rassische oder religiöse Gruppe ganz oder teilweise zu zerstören“. Menschen mit Down-Syndrom seien eine stabile und permanente Gruppe von Leuten, die genetisch durch ein drittes Chromosom 21 und dieselben physischen Charakteristika untereinander verbunden sind, argumentiert die Initiative. Die vom Gesundheitsministerium empfohlene Rasterfahndung nach behinderten Kindern stelle eine eindeutige Diskriminierung dieser Menschen dar und sei deshalb widerrechtlich. Die Initiative betroffener Eltern und diverser Lebensschutzorganisationen legte deshalb Berufung beim Nationalen Tribunal für Menschenrechte ein.

In einem Interview mit dem Monatsmagazin *Cicero* analysiert der deutsche Philosoph Robert Spaemann die derzeit vorherrschende Haltung der Gesellschaft zum Leben, die eine Art „Qualitätssicherung durch Vernichtung“ propagiere. So werde etwa argumentiert, dass bei der künstlichen Befruchtung der Gencheck von Embryonen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter (Präimplantationsdiagnose/PID) doch „wichtig und etwas Gutes“ sei, denn man könne damit „Krankheiten eliminieren“. Spaemann widerspricht: „Das ist ein katastrophaler Sprachgebrauch und eine Lüge, denn es sollen ja eben im Ernstfall nicht die Krankheiten, sondern die kranken, ungeborenen Kinder selbst eliminiert werden. (...) Den Leidenden zu beseitigen, um das Leiden abzuschaffen, das kann unmöglich die Lösung sein“, betont der Philosoph.

The New Zealand Herald, 25. November 2010

Cicero, 15. November 2010

Studie: Jährlich 600 000 Tote durch Passivrauchen

Weltweit sterben jährlich mehr als 600.000 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Rund 165.000 davon sind Kinder, wie aus der ersten globalen Studie

zum Passivrauchen hervorgeht, die in *Lancet* veröffentlichte wurde. Der Studie zufolge starben Passivraucher in 60 Prozent der Fälle an Herzkrankheiten, 30 Prozent an Atemwegsinfektionen, mit einigem Abstand folgen als Todesursachen Asthma und Lungenkrebs. Kinder könnten sich dem Passivrauchen besonders schwer entziehen, wenn ihre Eltern zuhause rauchten, betonten die Autoren der Studie, darunter Experten des Stockholmer Karolinska-Instituts und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Aus der Studie, die auf Daten aus 192 Ländern aus dem Jahr 2004 basiert, geht hervor, dass 40 Prozent der Kinder, 33 Prozent der nichtrauchenden Männer und 35 Prozent der nichtrauchenden Frauen weltweit passiv Tabakqualm ausgesetzt waren. Während bei Erwachsenen kein wesentlicher Unterschied zwischen reichen und armen Ländern festzustellen war, sind Kinder vor allem in Entwicklungsländern in Afrika und Asien gefährdet. In diesen Regionen bildeten Atemwegsinfektionen und Tabak eine „tödliche Kombination“ für Kinder, konstatieren die Autoren.

Nur 7,4 Prozent der Weltbevölkerung leben gegenwärtig in Rechtssystemen mit umfangreichen Nichtraucherschutzgesetzen. Der Vollzug dieser Gesetze wird in nur wenigen dieser Rechtssysteme straff gehandhabt. An solchen Orten hat die Forschung nachgewiesen, dass diese Gesetze die Belastungen durch Passivrauchen in Hochrisikoeinrichtungen wie Bars und Gaststätten um 90 Prozent und im Allgemeinen um 60 Prozent verringern. Zusätzlich zum Schutz, den sie Nichtrauchern bietet, reduziert diese Nichtraucherschutzpolitik den Zigarettenkonsum der permanenten Raucher und führt zu steigenden Erfolgsraten bei jenen, die das Rauchen aufgeben wollen.

Die Autoren der Untersuchung forderten eine „unverzügliche“ Umsetzung der WHO-Rahmenkonvention im Kampf gegen den Tabak. Dazu gehören unter anderem höhere Tabaksteuern, Werbeverbote und Gesundheitskampagnen.

Lancet, 26. November 2010

Deutschland: Sterbehilfe-Debatte verunsichert Ärzte

Die Diskussion über die Sterbehilfe über lange Zeit hat nach Ansicht der Deutschen Bundesärztekammer (BÄK) zu einer Verunsicherung bei den Medizinern geführt, berichtet das *Deutsche Ärzteblatt*. Die Entscheidung des *Deutschen Bundesgerichtshofs* (BGH) stärke nunmehr den Patientenwillen so sehr, dass dieser über dem Wohl des Patienten stehen könne, sagte BÄK-Hauptgeschäftsführer Christoph Fuchs bei einer Diskussions-

veranstaltung der Katholischen Akademie in Berlin.

Der BGH hatte im Juni 2010 entschieden, dass ein Abbruch lebenserhaltender Behandlungen auf der Grundlage des Patientenwillens nicht strafbar ist. Die Behandlung kann künftig nicht mehr nur durch Unterlassen von Handlungen wie dem Einstellen der künstlichen Ernährung straffrei beendet werden, sondern auch durch aktives Tun wie dem Durchschneiden des Schlauches einer Magensonde. Worin der aktuelle Patientenwunsch bestanden habe, sei aber nicht zu beantworten gewesen, kritisiert der Tübinger Moraltheologe Franz-Josef Bormann. Das Urteil stelle aus ethischer Perspektive die aktive mit der passiven Sterbehilfe gleich. Es komme dadurch zu einer Verlagerung von einer Hilfe beim Sterben zu einer Hilfe zum Sterben. „Ärzte und Pfleger machen sich so zum Erfüllungsgehilfen für fragile Patientenwünsche unter dem Deckmantel der Patientenverfügung“, so Bormann.

Dt. Ärzteblatt, 25. November 2010

Politik: Deutscher Ethikrat gespalten in der Frage der Präimplantationsdiagnostik

Für die Entscheidung über ein Verbot von Genchecks an im Reagenzglas erzeugten Embryonen vor Einsetzung in die Gebärmutter erhält der Deutsche Bundestag keine klare Empfehlung: Auch der Deutsche Ethikrat zeigt sich in seiner Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik (PID) tief gespalten. Während 13 der 26 Ratsmitglieder eine eng begrenzte Zulassung der PID befürworten, sind 11 gegen diesen Vorschlag, ein Mitglied zeigte sich unentschieden, ein anderes gab ein Sondervotum ab.

Mehrere Abgeordnete äußerten die Befürchtung, dass die geteilte Stellungnahme den Abgeordneten kaum eine Entscheidungshilfe sein wird. Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn stellte das Gremium überhaupt in Frage: „Es stellt sich einmal mehr die Frage, wozu es einen Ethikrat braucht. Letzten Endes fasst er die gesellschaftliche Debatte zusammen, nicht weniger, aber auch nicht mehr“, sagte Spahn. Am Ende entscheide der Bundestag. Vertreter des Ethikrats selbst verteidigten dagegen das gespaltene Votum.

Süddeutsche Zeitung, 8. März 2011

EU-Parlament: Zulassung von künstlicher Befruchtung ohne Altersgrenze abgelehnt

Das EU-Parlament hat einen Antrag zurückgewiesen, der Mitgliedstaaten eine Zulassung künstlicher Befruchtung ohne Altersbegrenzung erlauben soll. Zwar stimmten die Abgeordneten in Brüssel für einen Vorschlag zur

Beseitigung von Diskriminierungen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung. Allerdings lehnten sie es ab, Altersgrenzen als Diskriminierung einzustufen.

Der Antrag, der von Abgeordneten der Linken und Liberalen ausging, forderte von den 27 Mitgliedstaaten Maßnahmen, um bei der künstlichen Befruchtung „die Diskriminierung von Frauen aufgrund ihres Familienstandes, der sexuellen Ausrichtung“ sowie der „ethnischen oder kulturellen Herkunft“ zu beseitigen. Damit sollen Ungleichbehandlungen in einzelnen EU-Ländern aufgehoben werden. In einer weiteren Abstimmung plädierte das Parlament dafür, dass Frauen den gleichen Zugang zu reproduktiver Medizin haben müssten wie Männer. Frauen müssten die Kontrolle über ihre Rechte beim Thema Fortpflanzung haben, hieß es. Dazu gehöre etwa auch ein leichter Zugang zu Empfängnisverhütung und Abtreibung.

Der gesundheitspolitische Sprecher der christdemokratischen Fraktion (EVP), Peter Liese, äußerte Kritik an dem Vorschlag. „Eine Altersgrenze bei der künstlichen Befruchtung ist aus medizinischen und ethischen Gründen sinnvoll“, betonte Liese. Ab einer bestimmten Altersgrenze stiegen die Risiken für Mutter und Kind. Vor allem die ab einem bestimmten Alter notwendige Eizellspende für die Mutter sei riskant. Zudem verstoße der Eizellhandel, der praktisch nur gegen Bezahlung stattfinde, gegen die Prinzipien der Europäischen Grundrechtscharta. Die Festsetzung der Bedingungen für künstliche Befruchtung sollte den einzelnen Mitgliedstaaten überlassen bleiben.

Dt. Ärzteblatt, 8. März 2011

Adipositas: Teurer chirurgischer Eingriff statt Lebensstiländerung?

Übergewichtige Briten wenden sich immer häufiger an den Chirurgen, um ihre Fettsucht zu überwinden. Die Spitalsaufnahmen sind im vergangenen Jahr um 30 Prozent gestiegen und haben erstmals die 10.000-Marke überschritten. Meist handelte es sich dabei um Magenverkleinerungen, die allein in den Jahren 2008/09 um 70 Prozent (!) auf 7.200 Fälle gestiegen sind. Die Kosten für den Eingriff liegen für privat Zahlende zwischen 5.000 und 15.000 Pfund (€ 8.500 bis € 25.000). Die Operation ist mit zahlreichen Risiken verbunden (Komplikationen, Depression etc.). Das britische staatliche Gesundheitssystem (NHS) übernimmt die Kosten wie in anderen europäischen Ländern aber nur in besonders gravierenden Fällen (Body Mass Index bei mindestens 40 bzw. bei 35 im Falle von Folgeerkrankungen).

Laut britischem Gesundheitsministerium kostet

die Fettsucht das NHS jährlich 4 Milliarden Pfund (fast 7 Milliarden Euro). Chirurgen meinen, dass die steigenden Kosten gedämpft werden könnten, wenn die Operation leichter verfügbar wäre – unter der Voraussetzung, dass zuvor alle Möglichkeiten der Gewichtsreduktion ausgeschöpft worden sind. Tatsache ist, dass das Magenband ein einträgliches Geschäft ist. Tam Fry vom staatlichen National Obesity Forum (NOF) sieht diese Entwicklung kritisch: Die Zahlen zeigten, dass Menschen zunehmend ihr Vertrauen in medizinische Lösungen setzten, obwohl es eigentlich um ein Problem des Lebensstils gehe. Jene Patienten, die die Kriterien für den Eingriff nicht erfüllen, greifen zu Tabletten. Der Umsatz in diesem Segment stieg innerhalb von 10 Jahren um das 11-fache auf 1,45 Millionen Britische Pfund.

The Independent, 25. Februar 2011

Umfrage: Locked-in-Syndrom-Patienten sind glücklich

Das Schicksal von Patienten mit dem seltenen Locked-In-Syndrom erscheint extrem schwer zu ertragen: Sie sind vollständig gelähmt, verfügen aber gleichzeitig über einen wachen, voll funktionsfähigen Geist. Eine Erhebung der belgischen Coma Science Group bestätigt nun, was Fachleute seit langem betonen: Viele der im eigenen Körper Eingeschlossenen sind durchaus glücklich, trotz ihrer schwierigen Lebensumstände.

Die französische Patientenorganisation Association du locked-in-syndrome (ALIS) hatte 168 Mitglieder eingeladen anhand von Fragebögen ihr Lebensglück und ihre Lebensqualität zu beurteilen. Die Ergebnisse sind überraschend: 72 Prozent der Betroffenen, die sich oft nur noch über Bewegungen der Augen der Außenwelt mitteilen können, bezeichneten sich selbst als glücklich, die anderen 28 Prozent konnten sich mit ihrer Situation nicht abfinden. Nur sieben Prozent der befragten Patienten sagten, dass sie lieber tot wären, wie Mediziner um den Neurologen Steven Laureys der Universitätsklinik Lüttich berichten. Von den Patienten, deren Antworten ausgewertet wurden, lebten zwei Drittel mit einem Partner zusammen, und 70 Prozent von ihnen waren gläubig.

Die Auswertung des Fragebogens habe gezeigt, dass „bestmögliche Pflege“ sich auf lange Sicht wohltuend auf das Befinden und die Lebensdauer der Patienten auswirke, stellten die Mediziner fest. Das Ergebnis der Studie sei auch in der Diskussion um Sterbehilfe für Locked-in-Patienten zu berücksichtigen, so die Autoren.

Br Med J Open, doi:10.1136/bmjopen-2010-000039

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

56/4, 2010

Abhandlungen:

Thomas Heinemann, Jens Kipper,

Kathrin Rottländer, Kathrin

Sehestedt, Birte Wienen: Was ist

molekulare Medizin? Elemente

einer Begriffsbestimmung;

Thomas Heinemann: Überlegun-

gen zur Theorie einer molekularen

Medizin;

Kathrin Rottländer: Molekulare

Medizin und ärztliche Praxis;

Marie-Kathrin Schmetz: Molekulare

Hirnforschung: Möglichkeiten,

Grenzen und ethische Aspekte;

Ulrich Feeser-Lichterfeld: Bio-

gerontologie und molekulare

Medizin.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 6, 2010

Christian Kopetzki: Editorial;

Peter Steiner: Zum Versorgungsauf-

trag öffentlicher Krankenanstalten;

Lukas Stärker: Die KA-AZG-Novelle

2010.

18. Jahrgang, Heft 6a, 2010

Felix Wallner: Editorial;

Konrad Grillberger: Flexibilisierung

der Arbeitszeit in Kranken-

anstalten;

Lukas Stärker: Erfahrungen mit

dem KA-AZG;

Reinhard Resch: Kassenvertragsärz-

te und Spitalsambulanzen;

Michael Potacs: Ambulante und

extramurale Leistungen von Krank-

enanstalten;

Christoph Grabenwarter: Gesa-

mtvertrag und Grundrechte.

19. Jahrgang, Heft 1, 2011

Christian Kopetzki: Editorial;

Eckhard Pitzl, Gerhard W. Huber:

Das „typische“ Behandlungsrisiko

als Aufklärungskriterium;

Beatrix Krauskopf: Tot- und Fehlge-

burten im Leichen- und Bestat-

tungsrecht.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch

Band 22, Heft 4, 2010

Editorial: Gerd Richter: Therapie-

begrenzung, Therapieverzicht und

Therapieabbruch – das BGH-Urteil

vom 25.06.2010;

Originalarbeiten:

Oliver Müller, Uta Bittner and

Henriette Krug: Narrative Identität

bei Therapie mit „Hirnschritt-

macher“. Zur Integration von

Patienten-Selbstbeschreibungen in

die ethische Bewertung der tiefen

Hirnstimulation;

Ferenc Biedermann: Argumente für

und wider das Cognitive Enhance-

ment. Eine kritische Kurzübersicht;

Kai Haucke: Zwischen Todesver-

drängung und -integration. Ambi-

valenzen moderner Medizin.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in

Deutsch

18. Jahrgang, Heft 4, 2010

Leitartikel:

Christoph Ammann: Emotionslose

Ethik? Überlegungen zur Objektiv-

ität und Rationalität moralischer

Verantwortung;

Christian Klager: Ethische Proble-

me der Tiernamengebung im Zoo;

Bernhard Irrgang: Technikver-

trauen und autonom-intelligente

Technologie.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spa-

nisch

XLIII/3, 2010

Estudios:

Belén Blesa Aledo: La identidad per-

sonal y el cuerpo en Gabriel Marcel;

Ángel E. Garrido Maturano: ¿Palim-

psesto o fenomenología? Obser-

vaciones acerca de la metodología

levinasiana;

Hugo Eduardo Herrera: La discu-

sión de Salomon Maimon con el

intento de vinculación de sensibili-

dad y entendimiento en la “Crítica

de la Razón Pura” de Immanuel

Kant;

Jorge Martínez Lucena: El “self”

narrativo en busca de fundamento

en la filosofía contemporánea;

Rafael Simian V.: Perspectiva,

unidad y alcance de las críticas

kantianas a dos interpretaciones de

“existe”: Kritik der reinen Vernunft.

Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen

Markus Christen, Corinna Osman, Ruth Baumann-Hölzle (Hrsg.)

Peter Lang Verlag, Bern 2010

199 Seiten

ISBN 978-3-0343-0379-8

Der vielgepriesene und gefeierte rasante Fortschritt der Medizin hat dazu geführt, dass immer mehr Menschen das Alter erreichen, in dem sich degenerative Prozesse im Gehirn zunehmend negativ auf die Lebensqualität auswirken. Demenz, der mentale Zerfall des Menschen, war bis vor einigen Dekaden nur eine mögliche natürliche Begleiterscheinung des Älterwerdens, die den organischen Abbau begleitet hat. Die meisten Menschen erreichten jedoch nicht jenes Alter, in dem der geistige Abbau belastend für den Betroffenen und sein menschliches Umfeld gewesen wäre. Inzwischen hat sich die Lage geändert - und sie wird sich in Zukunft noch weiter verändern: Mit dem Steigen der Lebenserwartung wird es immer mehr Menschen geben, die die letzte Phase ihres Lebens in Demenz durchmachen werden. Derzeit sind das 20% der über 80-Jährigen und 30% der über 90-Jährigen.

Altersdemenz ist eigentlich keine Krankheit, und die steigende Zahl dementer Personen keine Epidemie. Einige Jahre vor dem Lebensende noch dement zu werden ist zweifelsohne keine erfreuliche Aussicht. Demenz ist schon heute für viele ein beklemmendes und beängstigendes Schreckgespenst. Aber, wie der Titel dieses Buches suggeriert, stellt sie für alle, die noch nicht soweit sind, d. h. jung, und auch für alle, die demente Personen betreuen bzw. betreuen werden, eine große Herausforderung dar. Das vom Dialog Ethik – Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen – herausgegebene Buch möchte die ethischen Herausforderungen thematisieren, die die aktuellen Spannungsfelder und Dilemmata im Umgang mit dementen Menschen erkennen lassen.

Die erste Herausforderung, die allerdings in dem

Buch nicht angesprochen wird, ist die Aussicht, höchstwahrscheinlich selber dement zu werden. Jeder, der ein gewisses Alter erreicht, muss mit Altersdemenz rechnen. Das zu verdrängen, hilft nicht viel, sondern zeigt nur, wie wichtig es ist, sich darauf vorzubereiten und in Absprache mit dem familiären Umfeld Vorsorge zu treffen. Erörterungen wie dieses Buch sind hilfreich, da sie die großen Bemühungen der Fachexperten dokumentieren, dementen Menschen mit großem Respekt vor ihrer Würde zu begegnen und bei ihrer Betreuung und Pflege so weit wie möglich auf ihre Autonomie zu achten.

2006 fand in Zürich eine Tagung mit dem Titel „Herausforderung Demenz“ statt, „um die Vielfalt an Fragen und Problemen zu besprechen, die durch Demenz aufgeworfen werden“. Das besprochene Buch schließt an diese Tagung an und fasst die dort von den Referenten besprochenen Themen in Fachbeiträgen zusammen, die unter dem Übertitel „Umgang mit Demenz im medizinischen und pflegerischen Alltag“ im Teil 2 des Buches wiederzufinden sind.

In der Folge soll besonders Teil 1 des Buches mit dem Übertitel „Demenz: medizinische und ethische Grundlagen“ besprochen werden. Darin werden durch drei medizinisch-ethische Beiträge die praktisch orientierten Diskussionen der Tagung und daher auch die Beiträge des zweiten Teils vertieft. Die medizinischen Fakten werden von der Fachärztin für Psychiatrie, Ivana Radman präsentiert. Demenz ist ein Überbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen. Allen etwa 55 Unterformen der Demenz ist gemeinsam, dass sie zu einem Verlust der Leistungsfähigkeit führen: Abnahme der Gedächtnisleistung und Beeinträchtigung grundlegender Funktionen des Gehirnes. „Die Störungen müssen ein Ausmaß erreichen, bei dem die grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens für die Betroffenen zu unüberwindbaren Hindernissen werden, wie z. B. das Anziehen, Waschen usw.“ (S. 19). Im Beitrag werden die Kriterien zur Diagnose und Differentialdiagnosen zu Demenz erläutert. Dem aktuellen Stand der Behandlung wird viel Raum

gewährt. Dabei wird deutlich: Die Therapien sind alles andere als befriedigend: „Bislang stehen keine medikamentösen oder sonstigen Behandlungsvorfahren zur Verfügung, die eine Demenz nachhaltig beeinflussen oder sogar heilen können“. Moderne Behandlungskonzepte sind präventiv wie auch rehabilitativ ausgerichtet und zielen in erster Linie darauf ab, die Lebensqualität zu verbessern und die Selbständigkeit im Alltag zu erhalten (S. 37).

Ethisch problematisch kann die Behandlung der Begleitstörung der Demenz durch Pharmazeutika sein, „da die Betroffenen ihre Medikationen weder beurteilen noch ablehnen können (...). Gerade die Behandlung mit beruhigenden Psychopharmaka stellen eine eigentliche Zwangsmaßnahme dar, welche nur nach Ausschöpfen aller nichtmedikamentösen Maßnahmen angewendet, entsprechend dokumentiert, zeitlich limitiert und mit den Angehörigen besprochen werden müssen“ (S. 42). Palliative Behandlung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz gehört heute zum medizinischen Standard, muss aber mit den Angehörigen besprochen werden.

Der Beitrag gibt weiters einen Überblick über nichtmedikamentöse Therapiestrategien: Diese beugen dem Risiko einer Isolation vor und dienen in erster Linie der Erhaltung des Selbstwertgefühls: Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining, Validation, Selbsterhaltungstherapie, Milieuthherapie und der personenzentrierte Ansatz.

Schließlich geht Radman auf die Belastung der Krankheit auf die pflegenden Angehörigen ein. Zwei Drittel der Demenzkranken werden von Angehörigen gepflegt. Hiervon sind 80% Frauen. Fazit: „Insgesamt leiden betreuende Angehörige von dementen Menschen häufig unter extremen psychischen und physischen Belastungen. (...) Bis zu 50% entwickeln mit der Zeit eine klinisch relevante Depression, die oft von psychosomatischen Beschwerden, wie zum Beispiel chronischen Schmerzen geprägt ist“ (S. 49).

Die Ethikerin Verena Wetzstein erläutert in ihrem Beitrag „Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer in-

tegrativen Demenz-Ethik“ zahlreiche sehr originelle und gleichzeitig einleuchtende Thesen, die bereits in ihrem Buch „Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz“ (2005, vgl dazu Rezension *Imago Hominis* (2006); 13: 161-169) enthalten sind.

Das gegenwärtige Demenz-Konzept leide unter seiner Verhaftung in der „Pathologisierung“, ist außerdem einseitig fixiert auf die Kognition und habe die personalen Aspekte vernachlässigt. „Die Entscheidung, die senile Demenz als Krankheitsprozess zu bezeichnen, hatte verschiedene Konsequenzen. Als deren unmittelbarste fiel die Altersdemenz *per definitionem* in die ausschließliche Zuständigkeit der Medizin“ (S. 57).

Wetzstein schlägt das Konzept einer integrativen Demenz-Ethik zur Überwindung des methodischen Reduktionismus, der sich aus der Pathologisierung ergibt, vor: „Eine Ethik, die demente Menschen vor der Erosion in die Aberkennung des Personstatus bewahrt, kann einzig von der Grundannahme ausgehen, dass allen Menschen die Gesamtheit ihres Lebens über die gleiche Würde zukommt. (...) Damit ist auch die Konsequenz verbunden, dass jeder Mensch, gleich über welche aktuellen Fähigkeiten er verfügt, unter dem Schutz der Menschenwürde steht“ (S. 61). Identität und Kontinuität: „Es ist ein und derselbe Mensch, der als Dementer über das gleiche Lebensrecht verfügt wie als Alternder, Erwachsener, Neugeborener oder Ungeborener (S. 62)“. Das Konzept hat sehr konkrete Folgen: a) Eine integrative Demenz-Ethik wird um des Personstatus dementer Menschen willen stärker als bisher darauf achten, Medizin und Pflege zu verzahnen (S. 65); b) Angehörige sind in ihrer zweifachen Rolle ernster zu nehmen: Einerseits sind sie die nächsten Bezugspersonen des dementen Menschen. Sie sind es, die im Verlauf der Demenz für die Identität, Kontinuität und Relationalität dementer Personen bürgen; zum anderen sind sie selbst Betroffene, insofern sie das Gros der Pflege leisten und darin selbst Begleitung brauchen (S. 66); c) Fürsorge: An die Stelle des Selbstbestimmungsprinzips wird das Fürsorgeprinzip treten müssen (S. 67)

Die amerikanische Bioethikerin Agnieszka Jaworska erörtert im dritten Aufsatz von Teil 1 („Ethische Dilemmas bei neurodegenerativen Krankheiten: Respektierung von Patienten mit schwindender Autonomiefähigkeit“) den Konflikt zwischen früheren Wertvorstellungen des Patienten und seine gegenwärtigen Interessen. Das ist das Dilemma: Soll man den ersten oder den letzteren den Vorrang geben? Ausführlich geht Jaworska auf eine ziemlich geschraubte Argumentation des amerikanischen Bioethikers Ronald Dworkin ein, der letztlich Alzheimerkranke deshalb nicht für autonom hält, weil sie nicht allein in der Lage sind, ihr Leben zu meistern. Sie haben die Fähigkeit verloren, ihre Präferenzen in angemessene Entscheidungen und Handlungen zu übersetzen – anders gesagt, die Fähigkeit zum zielgerichteten Denken und Planen. Jaworska nimmt eine andere Position ein: „Im Fall von Demenz sollte Autonomiefähigkeit nicht als das Vermögen angesehen werden, sein Leben selbstständig zu leben oder den Prozess einer Entscheidung von A bis Z beherrschen zu können; sondern als Fähigkeit, eigene Wertschätzungen formulieren zu können, die dann gegebenenfalls auch von anderen erkannt und umgesetzt werden“ (S. 95).

Der Teil 2 („Umgang mit Demenz im medizinischen und pflegerischen Alltag“) beginnt mit einem Beitrag des Mediziners Roland Kurz (Schwerpunkt Geriatrie und Palliativmedizin), der die gängigen Einschätzungen der Grenzen medizinischer Behandlungen bei fortgeschrittenen Phasen von Demenz untersucht. Giovanna Jenni (Pflegefachfrau) geht dann der Frage nach, was das „gute pflegerische Handeln“ bei Dilemmata ausmacht. Jacqueline Minder (Psychiaterin und Psychotherapeutin) stellt anhand mehrerer Fallbeispiele ein stark differenziertes Bild der Urteilsfähigkeit von Menschen mit Demenz dar. Jean-Luc Moreau, der als Arzt mehrere Demenzstationen in der Schweiz betreut, erörtert aus der Praxis die Konflikte mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei medizinischen Entscheidungen. Danach werden in fünf Beiträgen verschiedene Modelle und Aspekte der Pflege und

Betreuung von dementen Personen in der Schweiz mit sehr interessanten Informationen präsentiert.

Das Buch bietet wertvolle Informationen zum überaus wichtigen Thema Demenz und beantwortet viele Fragen. Es ist sicher nicht nur ein Buch für Experten. Heute ist praktisch jeder Bürger ein Betroffener, weil es in seinem Umkreis (Angehörige, Freunde) mindestens einen Fall von Demenz gibt. Die Lektüre dieses Buches, das für ein breites Publikum von großem Interesse ist, kann eine wichtige Hilfe für den richtigen Umgang mit nahestehenden betroffenen Menschen sein.

E. H. Prat

Gewissen – eine Gebrauchsanweisung

Eberhard Schockenhoff, Christiane Florin
Herder Verlag, Freiburg/ Breisgau 2009
197 Seiten
ISBN 978-3-451-30118-6

Wer sich eine tiefgehende Analyse des menschlichen Gewissens, seiner Begriffsgeschichte und der damit verbundenen theologischen Reflexionen erwartet, wird von diesem Buch enttäuscht. Die Autoren beabsichtigen nicht ein wissenschaftliches theologisches Werk vorzulegen, wie es die Leserschaft von Eberhard Schockenhoff gewöhnt ist, sondern sie möchten einen „dritten Weg“ zwischen einer „rigiden Gehorsamsmoral und einer permissiven Grundeinstellung zum Leben nach dem Motto „Anything goes“ aufzeigen: den Weg „des eigenverantwortlichen, an moralischen Prinzipien geschärften Gewissens.“ (S. 195) Das Buch erweist sich als recht umfassender Kommentar zu den gegenwärtig am meisten diskutierten ethischen Problemen. Es ist eine Glosse zur jüngsten Vergangenheit, mit Bezügen zu Persönlichkeiten und Ereignissen, die einerseits hohe Aktualität erzeugen, andererseits aber wohl nicht allen bekannt sind. Das Buch wird also voraussichtlich keine große Halbwertszeit haben.

Im Einzelnen gliedert sich das Buch in vier Kapitel mit einem Vorwort, in dem das Gewissen als solches („das gewisse Etwas“) einleitend the-

matisiert wird, und einem grandiosen Nachwort zu Reue und Vergebung. Die Kapitel befassen sich mit 1. Wirtschaftsethik, 2. Ehe-, Familien- und Sexualmoral, 3. der Wahrhaftigkeit in Medizin, Wissenschaft, Medien und Politik, und 4. mit bioethischen Fragen.

Der Stil ist schwungvoll und lustig, mit ausgezeichneten und wirklich geistreichen Formulierungen, ohne je oberflächlich oder banal zu wirken. Immer wieder überraschen Einsichten, die aus im Text versteckten Tiefen aufleuchten. Etwa die Aussagen: „Moral ist kein Selbstzweck, sie entspringt der Achtung vor dem anderen.“ (S. 90) oder „Die Ethik richtet nicht, sie richtet auf.“ (S. 163) Mit diesen Zitaten wird das Zielpublikum des Buches deutlich. Es wendet sich nicht an die Fach-, sondern an die Bildungselite, die christliche Überzeugungen in ethischen Fragen nicht unbedingt teilt. So ist der Text sehr einfühlsam, nicht präzeptiv geschrieben, werbend, nicht befehlend. Er denkt abwägend nach und geleitet zu einem Ergebnis, ohne dieses bereits als Ausgangspunkt vorwegzunehmen.

Besonders gelungen scheinen die bioethischen Ausführungen des vierten Kapitels („Auf Leben und Tod“) sowie die Passagen hinsichtlich der Patientenaufklärung im dritten Kapitel über die Wahrheit („Die Wahrheit und nichts als die Wahrheit“). So führen die Autoren aus: „Den Patienten durch die Krankheit führen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Der Arzt operiert mit jedem Gespräch am „offenen Herzen“. Er kann dem Kranken die Wahrheit wie einen nassen Waschlappen um die Ohren schlagen. Damit die Operation gelingt, sollte er sie wie einen Mantel hinhalten, in den der Patient hineinschlüpfen kann.“ (S. 106).

Aus moraltheologischer Sicht korrekt ist die einfühlsame, aber klare Absage an die In-Vitro-Fertilisation (S. 163 ff.). Verbesserungsfähig hingegen scheinen die Ausführungen zur Empfängnisverhütung (S. 63 ff.). Auf diesen Seiten wird die Lehre von *Humanae vitae* in Frage gestellt: „Der Vatikan muss sich zudem fragen lassen, worin die moralische Überlegenheit einer Methode bestehen soll,

die, genauso wie Pille und Kondom, darauf abzielt, ein Kind möglichst auszuschließen.“ (S. 63) Die Kirche solle Respekt vor der Lebenserfahrung ihrer Gläubigen aufbringen, die mehrheitlich das Pillen- und Kondomverbot nicht annehmen. Das katholische Lehramt sei in diesem Punkt irrelevant geworden, wie eine „schrullige betagte Tante, die sich ungefragt in Dinge einmischt, von denen sie nichts versteht.“ (S. 64) Solche Aussagen schießen über das Maß. Die Jahrtausende alte Weisheit der Kirche, die sie zudem mit den meisten anderen Religionen teilt, weiß um die Heiligkeit der Quellen des Lebens und die personale Bedeutung der Sexualität. Nicht „Schrulligkeit“ motiviert das Lehramt zu seinen Aussagen, sondern der Wunsch, die Selbsthingabe des Menschen im fruchtbaren Eheakt und die Annahme des anderen auch in seiner oder ihrer Fruchtbarkeit zu garantieren. Der Hinweis auf das gleiche Motiv bei Empfängnisverhütung und periodischer Enthaltensamkeit übersieht den wesentlichen objektiven Unterscheid beider Handlungsweisen. Empfängnisverhütung manipuliert den Körper, um die Folgen sexueller Betätigung zu vermeiden und so sexuell zu verkehren. Periodische Enthaltensamkeit verändert den Körper nicht, sondern unterlässt den Geschlechtsverkehr. Sie ist nicht Wahl einer Methode, sondern wählt ein Verhalten. Auf objektiver Ebene ist da ein klarer, die Person betreffender Unterschied – von „Physizismus“ oder „Biologismus“ – keine Spur. Immerhin muss man den Autoren zugute halten, dass sie eindeutig für das Kind und die Weitergabe von Leben eintreten.

Das Buch findet, wie bereits gesagt, einen grandiosen Abschluss im kurzen Nachwort über Reue und Vergebung. Ohne sich von freudschen Vorwürfen eines neurotischen Schuldbewusstseins ablenken zu lassen, stellen die Autoren auf die menschliche Erfahrung und Notwendigkeit von Vergebung ab: „Verzeihen ist die einzige Reaktion, auf die man nicht gefasst sein kann“, betonen sie mit Hannah Arendt, weil Vergebung immer frei und ungeschuldet ist. „Eine menschengerechte Moral weiß um die Schwächen der Menschen, sie kennt ihre Fehler

und Unzulänglichkeiten ebenso wie ihre Neigung zum Bösen. Weder verurteilt sie vorschnell, noch entschuldigt sie alles. Stattdessen zeigt sie den Weg zu dem, was das Schwierigste ist: die Kunst gegenseitigen Vergebens. Gerade so nimmt sie die Menschen ernst.“ (S. 196)

M. Schlag

Verantwortlichkeit – nur eine Illusion?

Thomas Fuchs, Grit Schwarzkopf (Hrsg.)
Winter-Verlag, Heidelberg 2009
493 Seiten
ISBN 978-3-8253-5666-8

Durch die neurophysiologischen Forschungen ist die Thematik um Willensfreiheit, Determinierung und Verantwortlichkeit in den Brennpunkt des Interesses einer breiteren Öffentlichkeit gerückt worden. Das neu gegründete Marsilius-Kolleg der Universität Heidelberg hat dem Interesse in seiner ersten „Winterschule“ (Februar 2009) Rechnung getragen und die Referate im vorliegenden Band der Reihe „Zukunft. Seit 1386“ herausgegeben.

Eingangs ringt der Heidelberger Linguist Ekkehart Felder um Indikatoren für bestimmte Denkungsarten anhand der Diskursanalyse, mit der er die Auseinandersetzung über die Rede von der Willensfreiheit und deren Inkongruenz mit dem freien Willen verknüpft.

Anschließend gibt Klaus-Peter Konerding, ebenfalls Linguist in Heidelberg, einen Einblick in den Konflikt des Gebrauchs von Fachbegriffen in unterschiedlichen Fachdomänen, insbesondere bezüglich des Einflusses der modernen Neurobiologie auf Philosophie, Theologie und Rechtsordnung. Er plädiert dafür, das traditionelle Menschenbild nicht aufzugeben, sondern es in ernsthafter Auseinandersetzung mit den Neurowissenschaften sogar zu vertiefen.

Der Neurophysiologe Andreas Draguhn (Heidelberg) führt in experimentelle Zugänge ein, die sich auf verschiedenen Ebenen bewegen: jener der Moleküle (Ionenkanäle), Nervenzellen (Signalmessung an Synapsen), lokaler Netzwerke (z. B. sen-

sorische Cortex-Areale) oder des gesamten Hirns (Interaktion größerer Kerngebiete), wobei er bereits auf die im EEG schon vor über 40 Jahren entdeckten Bereitschaftspotentiale (BP) anspielt, die seit etwa 10 Jahren unter Anwendung verfeinerter Methoden erneut und vehement die Forschung beflügeln (siehe unten). Er mahnt aber zur Vorsicht bei der Interpretation und begründet dies mit deren Komplexität und den gewaltigen Lücken in der schlüssigen Übertragbarkeit auf die Meta-Ebene des Geistigen.

Christoph S. Herrmann und Stefan Dürschmid (Psychologen in Oldenburg) gehen nun speziell auf die mittlerweile berühmt gewordenen Versuche von Benjamin Libet (zunächst 1985, dann 1993) ein, die für so manche die Willensfreiheit zur Illusion werden ließen.

Dem Bremer Hirnforscher Gerhard Roth geht es um die Frage, ob die über dem Cortex gemessenen Bereitschaftspotentiale, die bis fast eine Sekunde vor dem Bewusstwerden einer Entscheidung auftreten, als Beweis für eine Determinierung jeder Handlung ausreichen („Das Gehirn hat entschieden, bevor ich entschieden habe“). Die Experimentalpsychologen kommen nun tatsächlich zu dem Schluss, dass jede Entscheidung, die wir mit oder ohne Motivenkampf führen (wobei die uns nicht bewussten Motive eine entscheidende Rolle spielen), komplett determiniert (also einer freien Willensentscheidung nicht zugänglich) sei. Die Folge: Umdenken im Strafrecht, Abschaffung der korrigierenden Strafe zugunsten einer Ausweitung der Prävention. Nebenbei: Im Jahr 2009 gab es tatsächlich schon das erste europäische Gerichtsurteil, bei dem Verhaltensgenetik eine Rolle gespielt hat. Die Neurowissenschaftler Pietro Pietrini von der *Universität Pisa* und Giuseppe Sartori von der *Universität Padua* hatten sich in einem Gutachten zum Mordfall durch einen Mann algerischer Herkunft auf auffällige Gehirnbilder gestützt sowie auf eine genetische Analyse, bei der sie fünf Gene feststellten, die mit gewalttätigem Verhalten in Zusammenhang gebracht werden. Überzeugt von den biologischen

Argumenten reduzierte der Richter des Berufungsverfahrens das Strafausmaß um ein weiteres Jahr, berichtete *Nature* (online 30 October 2009).

Boris Kotchoubey, Verhaltenspsychologe und Neurobiologe in Tübingen, kommt zum gegenteiligen Schluss: Im Verhalten von Mensch (und Tier!) sei Freiheit nicht nur biologisch möglich, sondern sogar notwendig. Die Freiheit einer Handlung sei nämlich am Resultat, also an den dem Handeln folgenden Konsequenzen zu bemessen, und nicht an den Bedingungen ihrer Ausführung. Darin lägen spezifisch menschliche Fähigkeiten wie „Veto“, „Hemmung“, „Moratorium“ etc. Kritisch anzumerken wäre an einer solchen Theorie, dass bis heute nicht Hunde, sondern Hundebesitzer nach dem Biss eines Fremden vor Gericht zitiert werden.

Mitherausgeber Thomas Fuchs (phänomenologischer Psychopathologe, Heidelberg) erläutert die personale Freiheit: Nach Kant (1783) könne auch ein Fatalist nicht ohne Weisheit und Pflicht agieren, da es schwer sei, „den Menschen ganz abzulegen“. Freie Entscheidungen wurzeln in einem ständig reifenden Lebensvollzug. Damit ist die Rolle der Erfahrung unabweisbar, auch der Versuch eines kompatibilistischen Kompromisses (Freiheit ja, aber durch strenge Determinierung reduziert) ist nicht aufrecht zu erhalten. Jeglicher Determinismus würde uns in allen Bereichen der Entwicklung unserer Persönlichkeit, der Kultur, im Zugang zu allem Neuen einschränken.

Der Berliner Philosoph Michael Pauen beruft sich auf die philosophische Tradition einer Entscheidung „aus guten Gründen“, die als wichtiges Konstituens die Wahlmöglichkeit (Präferenz) voraussetzt; wenn diese auch durch psychopathologische Vorgänge (Sucht) eingeschränkt ist, fällt im selben Maße die Wahl der Alternative weg. Doch kann durch Aufhebung der Determinierung die Freiheit gesteigert werden (Verhaltensbeeinflussung, Therapie). Auch er erteilt den Befürchtungen eine Absage, dass die von Benjamin Libet indizierten Befunde zu einer Illusionierung des freien Willens „benutzt werden könnten“.

Eilert Herms (Tübinger Theologe) meint und begründet, dass Verantwortlichkeit nicht eine Illusion sein könne, dass es aber viele Illusionen über Verantwortlichkeit gäbe. Er zeigt am Phänomen der Ent-Täuschung, dass diese zur Optimierung (Erweiterung und Vertiefung) von Entscheidungen führt, wenn die Illusion als solche durchschaut worden ist (Fata Morgana-Effekt). Die Illusion besteht vielmehr dann, wenn Menschen einander unhaltbare Verantwortungen aufbürden.

Elisabeth Gräß-Schmidt, ebenfalls Tübinger Theologin, stellt ethische Überlegungen zum Illusionsverdacht der Hirnforscher an. Für sie ist Freiheit ein integrierender Bestandteil der Lebenswirklichkeit des Menschen und könne nur in ihrer Transzendenzbezogenheit verstanden werden (der *Homo sapiens* ist auch ein *Homo religiosus*), welche in der Weltoffenheit gründet. Religion unterscheidet qualitativ den Menschen vom Tier. Damit hat das Transzendieren auch die praktische Relevanz, da sie auf die Faktizität unserer Freiheit verweist.

Dabei kann ihr Eberhard Schockenhoff, Theologe in Freiburg, in seinem „Beitrag des Glaubens zum Verständnis der Freiheit“ nur beipflichten. Er setzt sich mit dem lehrreichen Streit zwischen Luther und Erasmus auseinander, der schließlich in der Leugnung des freien Entscheids (Luther) gipfelte, weswegen Erasmus Luther vorwirft, die Verbindung von Gnade und freiem Willen zu zerreißen. So sei – schließt Schockenhoff – die Erlösungswirklichkeit selbst als höchstes Werk göttlicher Liebe als Appell an die Freiheit des Menschen zu sehen.

Wolfgang Huber, evangelischer Bischof in Berlin, definiert Freiheit als „Selbststursächlichkeit“, aus der sich die Gedanken- und Handlungsfreiheit ableiten lässt. In einer reformatorischen Betrachtung (Rechtfertigungslehre) möchte er aber die Freiheit als bedingt ansehen, vornehmlich dort, wo sie den Anderen und die Verantwortlichkeit tangiert. Hierbei gehört auch die Freiheit zur Übernahme von Schuld durch eine verantwortliche Freiheit (Bonhoeffer). Gerade die Bedingtheit der Freiheit erfordert das von Gott ausgegangene Heil.

Der Heidelberger Rechtsgelehrte Winfried Brugger setzt sich ausführlich und auch philosophisch kompetent mit „Würde, Freiheit und Verantwortung“ auseinander. Er sieht den Aktionsraum des Menschen unter den Koordinaten „Verhalten“ und „Handeln“, wobei nur letzteres („Unterlassen“ eingeschlossen) strafrechtliche Relevanz habe. Der Mensch – nach einem Zitat von Thomas Fuchs – vereinige in sich animal (Instinkt), animus (Geist) und anima (fühlende Seele), die dynamisch formend auf die Identität wirken. Dabei könne Zwang zur Verkümmern oder aber zum Über-sich-Hinauswachsen führen.

Der Heidelberger Kriminologe Dieter Dölling legt einen hochinteressanten Überblick über Kriminaltheorien vor und deren Einfluss auf die Willensfreiheit. Wenn diese von eingefleischten Positivisten gelehrt wird, ist der Ruf nach der Todesstrafe die logische Konsequenz eines so verstandenen Determinismus. Leider muss zugestanden werden, dass Resozialisierungsprogramme allein geringe Erfolgchancen aufweisen. Dass es aber durch die Befunde (und Hilfe) der Hirnforscher einmal gelingen sollte, das limbische System zu beeinflussen, ist mehr als zweifelhaft, da Entscheidungen wohl mit neuronalen Prozessen verknüpft seien, doch diese selbst können die Entscheidungen nicht bestimmen (wie dies Wolfgang Singer gern sähe).

Eberhard Klaschik, Bonner Palliativmediziner, setzt sich kurz und kritisch mit der Patientenverfügung aus der Sicht der ärztlichen Verantwortung auseinander. Der Münchner Psychiater Hans Lauter befasst sich mit der Selbstverantwortung bei Demenzprozessen, wobei er sehr differenziert mit verschiedenen herkömmlichen Anschauungen und Vorurteilen ins Gericht geht. Martin Salm, Berlin, steuert einen erschütternden Beitrag über „Eigenverantwortung in der Katastrophenhilfe“ bei. Der Aachener Psychiater Henning Saß rundet die Thematik des Buches mit einer psychopathologischen und forensischen Perspektive ab. Aus der forensischen Literatur gewinne man den Eindruck, dass die Beurteilung der Verantwortlichkeit und

damit auch Willensfreiheit sehr vom subjektiven Menschenbild des jeweiligen Autors abhängig sei. Saß selbst setzt vor allem auf biografische Einflüsse bezüglich der Persönlichkeitsformung, die durchaus auf Dispositionen verschiedenster Art beruhen, aber auch auf der Prägung durch soziale Umgebung, Erziehung und traumatisierende Ereignisse. All dies fließt in die Lebensgestaltung ein, damit aber auch in Normentreue bzw. Delinquenz.

Das Buch ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich, zumal die aufgeworfene Thematik von Fachleuten höchster Kompetenz behandelt wird, wenngleich bezüglich Willensfreiheit, Verantwortung und deren Determinierung naturgemäß differente Meinungen bestehen bleiben. Immerhin lässt ein grober Überblick über die zahlreichen Beiträge ahnen, dass in nicht allzu ferner Zukunft die Geisteswissenschaftler immer mehr zu Hirnforschern und die Neurobiologen zu Philosophen werden könnten.

F. Kummer

Symposium „Lebensstil und persönliche Verantwortung“

12./13. Mai 2011 im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, A-1030 Wien

Programm

Donnerstag, 12. Mai 2011

18.30: Begrüßung

18.45 – 19.30: Dietrich von Engelhardt, Lübeck: *Pflichten und Tugenden im Umgang mit Gesundheit und Krankheit – historische Erfahrungen, gegenwärtige Herausforderungen*

Freitag, 13. Mai 2011

9.00 – 11.00: Lebensstil und Krankheit

Hildegunde Piza, Wien: *Herausforderung der modernen Medizin: Der mündige Patient und sein Lebensstil*
Anita Rieder, Wien: *Gesunder Lebensstil und Evidenzbasierte Prävention*
Manfred Prisching, Graz: *Erziehung zum Lebensstil*

11.30 – 13.00: Prävention und Ethik

Giovanni Maio, Freiburg: *Schicksal und Verantwortung in der Medizin*
Enrique Prat, Wien: *Prävention als moralische Einstellung*

14.30 – 16.00: Prävention und Ökonomie

Johannes Bonelli, Wien: *Effektivitätsvergleich: Lebensstiländerung vs. medikamentöse Prävention*
Thomas Czypionka, Wien: *Prävention aus volkswirtschaftlicher Sicht: Kosten-Nutzen der Prävention*
Gottfried Endel, Wien: *Gesundheitsanreize: internationale Erfahrungen*

16.15 – 18.00: Prävention und Politik

Wolf Kirschner, Berlin: *Gesundheits-Kampagnen: Was bringen sie? Evaluierungsmodelle am Prüfstand*
Richard Horst Noack, Graz: *Gerechtigkeit im solidarisch organisierten Gesundheitssystem*

Nähere Informationen finden Sie auf
<http://www.imabe.org/index.php?id=1392>

Die Veranstaltung ist mit 10 Punkten für das Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer approbiert.

Veranstalter

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)
Mitveranstalter: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Österreichische Ärztekammer

Anmeldung

per eMail: anmeldung@imabe.org
Eintritt frei, begrenzte Teilnehmerzahl
Anmeldeschluss: 4. Mai 2011

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schriftgröße) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF). The manuscript may not exceed 15 pages when printed (reference list included).

2. Formation of Manuscripts

First page:

1. Title
2. Names of all authors
3. Contact address
4. Abstract in English (max. 1000 characters including whitespace characters) and max. 3 – 5 keywords
5. Zusammenfassung in German translation of the abstract (can be provided by the editor).

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality with a minimum font size of 2 mm. The author will receive 3 copies of the published issue. Other reprints can be ordered at the expense of the author.

3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus “et al.”, followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: MacKenzie T. D. et al, *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from – until)

Example: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59-79

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2010: Nr 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3: AIDS (1) – Die Infektion und ihre Verbreitung, Nr. 4: AIDS (2) – Prävention und Therapie

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

Vorschau

Imago Hominis · Band 18 · Heft 2/2011

Schwerpunkt: Hippokrates heute I

Editorial	3	
Current Issues	6	Johannes Bonelli, Thomas Piskernigg The Amendment to the "Child as Damage" Judicature: Long Overdue!
Focus	9	Clemens Sedmak Errors, Responsibility and Trust
	21	Markus Schwarz Internal Communication: Error Processing within the Team
	29	Titus Gaudernak, Enrique H. Prat Communication after Treatment Errors: An Ethical Approach
	39	Michael Memmer Models of Compensation After Medical Errors
Practical Experience	49	Astrid Engelbrecht Error Cultur in Nursing: A Practical Review
	55	Gabriele Cerwinka Dealing with Anxiety, Shame and Guilt After Errors
News	61	
Journal Review	66	
Book Reviews	67	
Announcement	74	Symposium „Lebensstil und persönliche Verantwortung“