

Reden ist



Es ist etwas Schlimmes passiert – das gibt niemand gerne zu. Aber wenn ein Patient einen Behandlungsfehler erlitten hat, müssen Ärzte und Pflegende mit ihm darüber reden. Eine neue Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit enthält Empfehlungen für die Kommunikation nach medizinischen Zwischenfällen. **Von Annette Immel-Sehr**

Gold

Pflegekräften und Ärzten fällt es häufig schwer, sich und anderen einzugestehen, dass ein Fehler passiert ist. Oft sind sie wie gelähmt vor Scham oder Angst und sprechen mit keinem darüber. Der Schaden, der aus dem Schweigen resultiert, kann immens sein: Patienten, die sich betrogen fühlen, Kollegen, die ahnungslos in dieselbe Fehlerfalle tappen und Verursacher, die an ihrem tatsächlichen oder vermeintlichen Verschulden fast zerbrechen. Dieses Leid ließe sich vermeiden, wenn man auch in der Medizin menschlicher mit Fehlern umginge. Dazu gehört, dass man über Fehler sprechen und unerwünschte Ereignisse in Medizin und Pflege auch bedauern darf.

Kommunikationsmängel haben strukturelle Ursachen. Erfahrungsberichte und Studien zeigen, dass ein unprofessioneller Umgang mit medizinischen Schadensfällen Patienten zusätzlich zur körperlichen Beeinträchtigung seelisch traumatisieren kann. Eine 1994 von Charles Vincent und Kollegen in der Zeitschrift *Lancet* publizierte Befragung von Patienten bei Schlichtungsstellen ergab, dass 37 Prozent nie von den behandelnden Ärzten eine Erklärung zum Geschehen erhalten hatten. Nur 24 Prozent empfanden die Erklärung der Ärzte als ausreichend klar. Wut, Verbitterung, das Gefühl betrogen oder lächerlich gemacht worden zu sein, waren bei vielen die Folge.

In Deutschland sieht es nicht besser aus. Bei einer Erhebung der norddeutschen Schlichtungsstellen aus dem Jahr 2009 beklagten die Patienten erhebliche Kommunikationsdefizite bei den Ärzten, wenn es um mögliche Behandlungsfehler ging. Die Patienten berichteten über ungenügende Informationen, unsachliche Gesprächsführung und das mangelnde Eingehen auf Symptome und Schmerzen. Die Defizite beruhen nicht unbedingt auf persönlichem Unvermögen, sondern zu einem großen Teil auf grundsätzlichen strukturellen Mängeln im Umgang mit Risiken und Fehlern in Kliniken, Pflegeheimen und Arztpraxen.

Interne Standards fehlen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (siehe Kasten rechts) befragte im vergangenen Jahr deutsche Krankenhäuser zum Einführungsstand von klinischem Risiko-

Management. Lediglich 22 Prozent von 484 an der Studie teilnehmenden Kliniken stellen durch einen internen Standard sicher, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten (siehe Abbildung „Umfrage: Wie deutsche Kliniken mit Zwischenfällen umgehen“ auf Seite 38). In nur 23 Prozent der Häuser finden in allen Abteilungen Fallkonferenzen oder Besprechungen über kritische Vorfälle, Komplikationen und Fehler statt. „Diese Zahlen zeigen, wie wichtig und dringend es ist, die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten sowie innerhalb des behandelnden Teams zu verbessern“, sagt Dr. Jörg Lauterberg vom Stab Medizin des AOK-Bundesverbandes und bis Mitte Mai Geschäftsführender Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)*. „Aus ethischen Gründen ist es notwendig, bei unerwünschten Ereignissen und Behandlungsfehlern offen und einfühlsam miteinander zu sprechen. Patienten und Angehörige, aber auch die

Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Seine Aufgabe ist die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit. Zudem setzt es sich für den Aufbau des klinischen Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung ein.

Das APS lebt in besonderer Weise von seinen Arbeitsgruppen. Unter dem Leitgedanken „aus der Praxis für die Praxis“ beraten Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens über Lösungen zu konkreten Problemstellungen. Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen werden als Handlungsempfehlungen veröffentlicht, die allen Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen kostenlos zur Verfügung stehen. Auch über Fortbildungsveranstaltungen und Arbeitstagungen engagiert sich das APS für die Verbreitung und Weiterentwicklung der Empfehlungen.

Die Broschüre „Reden ist Gold“ steht unter www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de zum Download bereit. Druckexemplare können gegen einen adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlag bei der Geschäftsstelle des Aktionsbündnis bestellt werden (c/o Institut für Patientensicherheit, Stiftsplatz 12, 53111 Bonn).

* Mitte Mai gab es beim APS einen planmäßigen Vorstandswechsel. Der neue Vorstand setzt die Arbeit an der Broschüre fort.

Schweiz: Kurse für Krisenkommunikation

Die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit bietet interaktive und praktisch orientierte Workshops an, in denen die wichtigsten Aspekte der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem medizinischen Zwischenfall vermittelt und reflektiert werden. Zielgruppe sind Mitarbeiter aller Institutionen der Gesundheitsversorgung, wie Risiko- und Qualitätsmanager, Ärzte und Pflegekräfte. Im Workshop wird ein konkreter Fall vorgestellt, Gesprächsbedürfnisse aus Sicht eines Patienten erarbeitet und die Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit vermittelt. Die Leitung der Kurse hat Dr. Olga Frank. [Mehr Infos unter www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)

beteiligten Mitarbeiter haben ein Recht auf ein ehrliches, faires Handeln der Verantwortlichen. Es muss um Schadensbegrenzung gehen und darum, künftige Schäden zu verhüten.“

Aufgabe der gesamten Einrichtung. In der Praxis ist es nicht leicht, diesen Grundsätzen zu folgen. Vor allem Ängste, Hilflosigkeit und Fehlinformationen stehen dem entgegen. Deshalb entwickelte das APS eine Empfehlung zur Kommunikation nach einem Zwischenfall. Ein Kreis von zehn Experten mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund wertete vorhandene Empfehlungen aus, erarbeitete weitere relevante Aspekte und machte daraus die Broschüre „Reden ist Gold“. „Wir wollen Hinweise geben für eine gute Kommunikation mit dem Patienten. Zugleich wollen wir aber auch die Interessen und Nöte von Medizinern und Pflegenden nach einem Zwischenfall thematisieren und den Aufgaben des leitenden Verwaltungspersonals Rechnung tragen“, erläutert Professor Dieter Hart, bis vor kurzem Vorstandsmitglied des APS und Mitwirkender in dem Arbeitskreis.

Zielgruppen der Broschüre sind Ärzte in Klinik und Praxis, Pflegendе, Angehörige weiterer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiter – eben jene, die nach Zwischenfällen handeln und sprechen müssen. Ein professioneller Umgang mit einem Zwischenfall ist nicht allein die Sache dessen, dem ein Fehler unterlaufen ist oder der in ein Fehlerereignis involviert war. Es ist gerade auch Aufgabe der gesamten Institution, beispielsweise

se durch entsprechende hausinterne Verfahrensweisen, die in ein System von Qualitätsmanagement, klinischem Risiko-Management und Beschwerde-Management eingebettet sind.

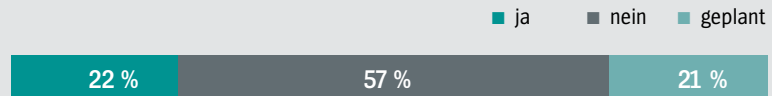
Empfehlungen zur Gesprächsführung. Hinsichtlich der Kommunikation nach einem Zwischenfall nimmt die Broschüre drei Adressaten besonders in den Fokus: Patienten und ihre Angehörigen, die Mitarbeiter von Kliniken und Arztpraxen sowie die Öffentlichkeit. Empathie und Offenheit sind entscheidend, wenn es um das Gespräch mit dem geschädigten Patienten geht. Erst wenn man sich in die Lage des Patienten hineinversetzt, kann eine angemessene Reaktion gelingen. Die Broschüre hilft dabei, die Situation des Patienten zu verstehen. Sie gibt auch klare Empfehlungen: „Sagen Sie dem Patienten unaufgefordert, was passiert ist. Erklären Sie, welches Problem aufgetreten ist und was das Ereignis gesundheitlich für ihn bedeutet. Sprechen Sie Ihr Mitgefühl aus. Falls Folgebehandlungen erforderlich sind, bieten Sie dem Patienten sofort die Durchführung an, eventuell auch durch ein anderes Team oder eine andere Klinik.“

Schuldgefühle machen sprachlos. Oft besteht bei Ärzten eine große Unsicherheit darüber, was sie in einem Schadensfall sagen dürfen. „Vielen Ärzten fällt es schwer über Fehlerereignisse zu sprechen“, berichtet Dr. Günther Jonitz, Berliner Ärztepräsident und bis Mitte Mai Vorstandsvorsitzender des APS. „Wenn beim Patienten ein Schaden entsteht, anstatt dass eine Linderung herbeigeführt wurde, dann ist das in erster Linie dramatisch für den Patienten. Offenheit und Emotion wäre hier die Reaktion, die dem Patienten am ehesten hilft. Aber auch für Ärzte ist es nicht leicht, in so einer Situation angemessen zu reagieren. Unsicherheit und Schuldgefühle machen sie sprachlos.“

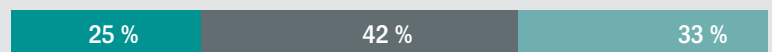
Auch die Angst vor dem möglichen Verlust des Versicherungsschutzes spielt eine Rolle. Das APS setzt diesen Befürchtungen konkrete Information entgegen. Aus rechtlicher Sicht darf ein Arzt immer über Tatsachen aufklären. Er darf – sofern dazu sichere Aussagen gemacht werden können – darlegen, was geschehen ist. Und was Patient und Arzt gleichermaßen befreien

Umfrage: Wie deutsche Kliniken mit Zwischenfällen umgehen

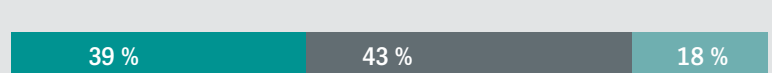
Es existiert ein krankenhausinterner Standard, der sicherstellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten.



Für die Mitarbeiter werden regelmäßig Fortbildungen zum klinischen Risiko-Management angeboten.



Klinisches Risiko-Management und/oder Fragen der Patientensicherheit sind fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Krankenhausleitung.



Viele deutsche Krankenhäuser pflegen noch keinen systematischen Umgang mit Behandlungsfehlern. So zeigt eine Umfrage des Aktionsbündnis Patientensicherheit, dass nur in rund einem Fünftel der Häuser, die geantwortet haben (n=484), ein Standard für die Krisen-Kommunikation mit Patienten und Angehörigen existiert.

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2010

wird: Ein Arzt darf immer sein Bedauern, sein Mitgefühl und seine Betroffenheit ausdrücken und sich gegebenenfalls auch entschuldigen. Wenn es um die Frage der Haftung geht, ist es allerdings ratsam, den Patienten um etwas Geduld zu bitten und dem Haftpflichtversicherer die Klärung zu überlassen.

Nicht nach jedem Zwischenfall ist eine Information des Patienten rechtlich zwingend. Obligatorisch ist sie, wenn ein Zwischenfall eine Folgebehandlung erfordert. In diesem Fall muss der Patient über die Folgebehandlung und über ihren Grund informiert werden. Aus ethischen Gründen empfiehlt das APS

„Ein Arzt darf sein Mitgefühl ausdrücken
und sich sogar entschuldigen – ohne den
Versicherungsschutz zu verlieren.“



aber auch wenn keine Folgebehandlung erforderlich ist ein Gespräch mit dem Patienten. Ist durch den Zwischenfall kein Schaden entstanden, ist ein Gespräch meist nicht nötig. Es sei denn, dass ein gravierender Fehler für den Patienten offensichtlich ist, zum Beispiel eine rechtzeitig erkannte Verwechslung vor einer Operation. Ohne ein offenes Gespräch mit dem Patienten würde es hier zu einem erheblichen Vertrauensverlust kommen.

Empathie für die Mitarbeiter. Menschen in Gesundheitsberufen leiden, wenn sie sich die (Mit-)Schuld an einem schweren Verlauf oder gar dem Tod eines Patienten geben. Sie können das zweite Opfer nach dem Patienten sein. Abhängig vom Ereignis resultieren Selbstzweifel, Angst, Scham und Schuldgefühle bis hin zur Unfähigkeit, den Beruf weiter auszuüben. Auch hier ist Empathie gefragt, in diesem Fall von Kollegen und Vorgesetzten. Mitarbeiter, die einen Fehler gemacht haben, sollten Unterstützung erfahren und die Gelegenheit haben, zur Aufklärung und Vermeidung weiterer Zwischenfälle beizutragen. Das Gespräch mit dem betroffenen Mitarbeiter benötigt genauso Zeit und Aufmerksamkeit wie das mit dem Patienten. Auch hier gelten Grundsätze, damit es gelingt. So braucht es eine Atmosphäre, die den Mitarbeiter ermutigt, seine Meinung zu äußern und an der Aufklärung aktiv mitzuwirken.

Um für einen Zwischenfall gut gerüstet zu sein, sollte eine Klinik, ein Pflegeheim und auch eine Arztpraxis einige Dinge vorsorglich klären und Maßnahmen ergreifen, um die schwierigen Aufgaben gut bewältigen zu können. Dazu gehört es beispielsweise, die Frage der Zuständigkeit zu regeln für das Gespräch mit dem Patienten und für die Organisation einer möglicherweise notwendigen Folgebehandlung. Eine Schulung kann die Mitarbeiter im einfühlsamen Umgang mit Patienten und Kollegen stärken. Auch eine weitere wichtige Frage sollte die Einrichtungen klären: Wie werden unerwünschte Ereignisse im klinischen Risikomanagement bearbeitet, damit sie sich nicht wiederholen?

Kontakt mit Medien pflegen. Je nach Schwere des Ereignisses sollte auch die Öffentlichkeit zeitnah informiert werden. Damit die Öffentlichkeitsarbeit in der Krise gelingt, sollten Kliniken und andere Einrichtungen vorbereitet sein. Letztlich ist es Aufgabe der Leitung, die Grundregeln der Kommunikation festzulegen. Dabei gilt unter anderem: Nur Fakten kommunizieren, keine Spekulationen über Ursachen oder beteiligte Personen in den Raum stellen. Wenn möglich sollte der Kontakt mit den Medienvertretern stets gut gepflegt werden. Das erhöht die Chance für eine faire und sachlich richtige Berichterstattung im

möglichen Krisenfall. Wie eine adäquate Information der Öffentlichkeit in schwierigster Situation gelingen kann, ohne die Mitarbeiter unter Druck zu setzen oder die Aufklärung zu behindern, zeigte die Universitätsmedizin Mainz nach dem Tod dreier Säuglinge durch eine verkeimte Infusionslösung im vergangenen Jahr (siehe Interview auf Seite 40–41).

Aktionsbündnis bricht Fehlertabu. Der für die Broschüre zuständige Arbeitskreis des APS hat keine Mühen gescheut, um „Reden ist Gold“ die Akzeptanz breiter Kreise zu sichern. Der Arbeitskreis schickte das Manuskript an etwa 50 Personen der Zielgruppe mit der Bitte um kritische Durchsicht. „Wir wollten alles dafür tun, dass die Broschüre tatsächlich etwas in Bewegung bringt. Dazu mussten wir sicherstellen, dass nichts Wichtiges fehlt, dass alles korrekt und gut verständlich dargestellt ist und dass die Broschüre vor allem praxistauglich ist“, sagt Dieter Hart. Die Reihe der Kommentatoren ist vielfältig: betroffene Patienten und Angehörige, Psychologen, Gesundheitspolitiker, Juristen, Pflegekräfte, niedergelassene Fachärzte, Stations- und Chefärzte, Patientenvertreter, Pflegedirektoren und Verwaltungsleiter von Krankenhäusern. „Das Verfahren hat uns Sicherheit gegeben. Wir haben viel Lob für den Entwurf bekommen. Aber es gab auch kritische Anregungen, über die wir froh waren und die wir teilweise umsetzen konnten“, resümiert Jörg Lauterberg.

„Reden ist Gold“ ist ein Novum in Deutschland. Fehler und Zwischenfälle in der Medizin sind hierzulande noch immer mit einem Tabu belegt. Das APS arbeitet seit Jahren dagegen an. Mit seiner ersten Broschüre „Aus Fehlern lernen“ hatte es bereits neue Wege beschritten. Mit der neuen Broschüre setzt das APS einen nächsten Meilenstein in der Verbesserung der Fehlerkultur im deutschen Gesundheitswesen. ■

Dr. Annette Immel-Sehr, freiberufliche Beraterin für Wissenschafts-PR und Fachjournalistin, ist Redakteurin der Broschüre „Reden ist Gold“.

Kontakt: ais@immel-sehr.de

„Mit Offenheit kommt man am weitesten“

Im vergangenen Jahr starben im Uniklinikum Mainz drei Säuglinge durch eine verkeimte Infusionslösung. Der Arzt und Klinikmanager **Norbert Pfeiffer** sagt, warum er mit dieser Nachricht sofort an die Öffentlichkeit ging.

Sie haben im August 2010 einen schweren Zwischenfall am Klinikum bewältigen müssen. Was war Ihnen in diesen Stunden besonders wichtig?

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

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

Pfeiffer: Ja, leider. Die Journalisten fragen gleich: Was sind die Konsequenzen? Aber man muss doch erst analysieren, was überhaupt passiert ist. Als zweites will man wissen, wer die Verantwortung hat, und erst dann reden wir über Konsequenzen. Man muss die Ruhe haben, um die Dinge zu klären. Allerdings darf man das auch nicht zu lange hinschieben. Eine Klärung nach fünf oder zehn Jahren, wie häufig in solchen Fällen, ist allenfalls eine späte Genußtuung, hat aber nichts mit Bewältigung zu tun.

Sind Sie unkonventionell vorgegangen?

Pfeiffer: Ja. Meist wird eine andere Strategie verfolgt: Schuld abwehren und Zeit gewinnen. Ich bin aber überzeugt, mit Offenheit kommt man am weitesten. Nicht scheinbar etwas zugeben, sondern direkt sagen: Das ist passiert. Ich weiß noch nicht wie. Aber wir kriegen es raus und dann sagen wir es Ihnen.

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

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

Pfeiffer: Sonntagmorgen um 9.15 Uhr wurde ich angerufen. Um elf Uhr war der Krisenstab mit etwa 15 Leuten zusammen – Kinderklinik, Intensivstation, Apotheke, Mikrobiologie, der Justitiar, vier Leute von der Presseabteilung, mein Stellvertreter und ich selbst. Dann haben wir die Prioritäten festgelegt. Erstens: Den Kindern, die ebenfalls die Infusion bekommen hatten, darf nichts passieren. Ich habe doppelte Schichten angeordnet, damit für jedes Kind ein Arzt und eine Schwester da ist. Zweitens: Weiteren Schaden vermeiden. Also haben wir die Industrie informiert, damit sie die verwendeten Chargen zurückrufen. Drittens: Die Eltern informieren. Viertens: Die Mitarbeiter in Kinderklinik und Apotheke informieren und auf ihre Pflichten hinweisen, insbesondere die Schweigepflicht. Auch unser Vorstand, das Ministerium, das Gesundheitsamt, die Behörde für die Apothekenherstellung und so weiter mussten informiert werden. Die haben wir alle am Sonntag rausgeklingt.

Das haben Sie im Krisenstab ad hoc entwickelt?

Pfeiffer: Ja. Parallel läuft die Ursachensuche, zum Beispiel die Sicherstellung von Proben. Als nächstes habe ich den Staatsanwalt angerufen. Das war um 13 Uhr. Eine Stunde später war die Polizei da. Wenn die reinkommen und sagen: Wir sind von der Mordkommission, fällt die Temperatur um gefühlte zehn Grad ab. Das war nicht einfach mit dieser Offenheit. Es war mir klar, dass wir auch die Öffentlichkeit informieren müssen. Das hatte eine enorme Dynamik. Um 17 Uhr war die Pressemeldung raus, um 18 Uhr fand die erste Pressekonferenz statt und um 19 Uhr kam die Nachricht im ZDF. In anderen Fällen informiert die Staatsanwaltschaft die Presse.



Warum haben Sie das selbst gemacht?

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

Wann haben Sie den Haftpflichtversicherer informiert?

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

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

Pfeiffer: Unbedingt. Sie brauchen jemand, der Pressemeldungen schreibt und der Interview-Anfragen und solche Dinge kanalisiert. Sie brauchen auch jemand, der aufpasst, dass keiner eine Kamera auf Station schmuggelt. Wir haben es bis zum Schluss durchgehalten, dass keine Bilder von Station gemacht wurden und vor allem keine Bilder von Mitarbeitern.

Warum war Ihnen das wichtig?

Pfeiffer: Zunächst einmal war mir wichtig, dass der Vorstandsvorsitzende und nicht jemand anderes die Sache nach außen vertritt. Das war der Schwere des Geschehens angemessen. Ich wollte mich auch vor die Mitarbeiter stellen, damit sie uns bei der Aufklärung helfen konnten. Die Mitarbeiter konnten wie die Eltern psychologische Beratung und Seelsorge in Anspruch nehmen. Diese Unterstützung ist rege genutzt worden.

Wie haben die Mitarbeiter bei der Aufklärung geholfen?

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

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

Pfeiffer: Es braucht einen, der sagt, wo es lang geht. Das ist Aufgabe des Direktors oder des Geschäftsführers. Das können Sie nicht einem Pressesprecher aufbürden. Wichtig ist, genügend verlässliche Mitarbeiter mit einzubeziehen. Hätte ich versucht, alles allein zu machen, wäre ich gescheitert. Das Organisatorische kann ein Sekretariat mit zwei, drei pfiffigen Sekretärinnen übernehmen. Die meisten Krankenhäuser haben jemanden mit Presseerfahrung.

Kann man sich auf so eine Situation vorbereiten?

Pfeiffer: Ich würde empfehlen, dass man sich auch in einem kleinen Haus Gedanken macht, wen man in so einem Fall in den Krisenstab holt, zum Beispiel aus der Pressestelle des Trägers der Klinik. Man braucht eine Erreichbarkeitsliste, um am Sonntag-nachmittag auf alle Handynummern zugreifen zu können – auch die von einer tüchtigen Sekretärin. Krise braucht Führung, aber sie braucht auch ein Team. Sie brauchen Leute, die Sie mit Ideen unterstützen und die Sie nach drei Tagen auch mal aufrichten.

Wie ist es Ihnen ergangen in der Zeit?

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

Das Interview ist der Broschüre „Reden ist Gold“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit entnommen (siehe Beitrag Seite 36–39).

Zur Person

Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer, geboren 1958, ist Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz. Der Facharzt für Augenheilkunde war von Juni 2008 bis Oktober 2010 Medizinischer Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Mainz. Im August 2010 starben im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin drei Säuglinge infolge einer durch Bakterien verunreinigten Infusionslösung. Später stellte sich heraus: Eine Flasche war schadhaft. Sie enthielt bereits Keime, bevor sie im Uniklinikum angeliefert wurde.