

Titelstory

Fehlerkultur

Ursache statt Schuld

Marion Pitzken

1. März 2008 - Fehler sind verpönt. Die dürfen nicht passieren. Dieses Credo beherrscht das Gesundheitswesen. Einerseits zu recht, denn sie können für Patienten schädlich oder gar gefährlich werden. Andererseits sei es in einem so komplexen Gebiet wie der heutigen Medizin geradezu unmöglich, 100 Prozent fehlerfrei zu arbeiten, erklären einige Fachleute. Deshalb gelte es, deren Ursachen auszuloten und auszumerzen statt Schuldige abzustrafen und so die Wiederholung bekannter sogenannter unerwünschter Ereignisse zu verhindern.

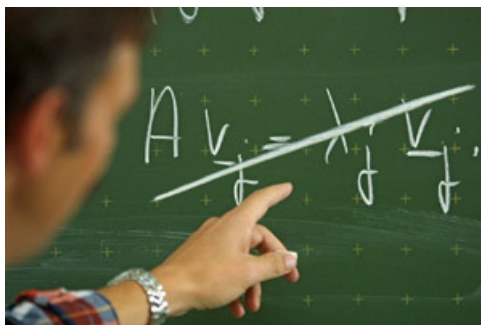


Foto: Argus

Auch aus Fehlern kann man lernen. Denn oft liegen die Ursachen im System, in Organisation und Kommunikation, und sind strukturell bedingt.

Therapien wie Diagnostik sollen dem Patienten stets optimal helfen, lautet zusammengefasst ein alter Anspruch der Mediziner. Fehler sind zu vermeiden. Dieser Grundsatz hat im Laufe der Jahrzehnte vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen, besonders mit Blick auf Haftung und Forensik, eine kontraproduktive Eigendynamik entwickelt: Aus der ursprünglich erstrebenswerten Strategie, Ursachen von Fehlern zu analysieren, um diese zu vermeiden, entwickelte sich deren Totschweigen. Eine bösesartiges Syndrom kranker Strukturen, das Gesundheit beeinträchtigen, das Menschenleben kosten kann. Doch eine Trendwende setzt sich durch: Die bewusste Suche nach Ursachen unerwünschter Ereignisse.

"Jeder Fehler zählt" heißt denn auch das erste webbasierte anonymisierte Meldesystem im Gesundheitswesen, organisiert vom Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität in Frankfurt am Main. Seit vier Jahren betreut die Medizinerin Dr. Barbara Hoffmann das Fehlermeldesystem, das sich vom Pilotprojekt zum Trendsetter gemausert hat.

Jeder Fehler zählt

Bei dem Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem im Internet können Ärzte, Arzthelfer und andere Mitarbeiter freiwillig in einem offenen System von kritischen Situationen berichten und Dritte dieses kommentieren. Gerade dieser Austausch mit anderen ist der eigentliche Weg: "Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um ihn künftig zu vermeiden", erklärt Hoffmann.



Marcumarisierter Patient

Fehler des Monats Januar 2005

Veröffentlicht: Der Hausarzt, Ärztemagazin, Reportnummer: 136

Was ist passiert?

Patient stand wegen rezidivierender Thrombosen unter Marcumar, ging zum Zahnarzt und verschwieg Marcumarbehandlung. Dort erfolgte eine Zahnextraktion, der Patient wurde nach Hause geschickt. Übers Wochenende drastische Blutungen, der Patient wurde immer schwächer und rief den Notdienst. Auch dem Notdienst wurde die Marcumareinnahme verschwiegen. Am Montag wurde unsere Praxis verständigt, es erfolgte sofortige Krankenhauseinweisung, Bluttransfusionen waren erforderlich.

Was war das Ergebnis? Patient überlebte.

Mögliche Gründe: - keine Daten -

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Dem Patienten drastisch erklären, was unter Marcumar alles passieren kann. In diesem Falle erheblich drastischer erklären, der Patient war ziemlich unterbelichtet.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Patient, Kommunikation.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

erstmalig

Vorläufer des Berichts- und Lernsystems ist ein vor über 30 Jahren bei der Lufthansa eingeführtes Kontrollsystem, in das Piloten, Luft- und Bodenpersonal täglich kritische Ereignisse und potenzielle Fehlerquellen eingeben. Und damit sich und anderen

Mitarbeitern der Lufthansa die Wiederholung dieses Fehlers ersparen und die tägliche Arbeit oftmals wesentlich erleichtern.

Dennoch hinkt der Vergleich zwischen der Sicherheit in der Luftfahrt und der in der Medizin, betont der Dr. Christian Thomeczek: "In der Medizin muss etwa ein Chirurg einen Notfallpatienten behandeln, auch wenn die Situation völlig aussichtslos scheint.



Foto: piktal

Fehler beichten können, fällt gerade Medizinern schwer. Zu sehr fürchten sie das Damoklesschwert Haftung. Anonyme webbasierte Plattformen schaffen konstruktive Abhilfe.

Anders der Pilot: Sind die Bedingungen am Bestimmungsort schlecht, fliege ich gar nicht erst dorthin." Selber Arzt und Pilot, weiß der Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung (ÄZQ) in Berlin, wovon er spricht: Viele der zahlreichen Todesfälle in Kliniken, die die Presse nur allzu gern zu Kunstfehlern aufbauscht, sieht er als Indizien für die Komplexität des modernen medizinischen Geschehens in mangelhaften Strukturen.

Die Strukturen auf den Tisch

"Die meisten Fehler entstehen nicht durch Unwissenheit", bestätigt Hoffmann, "sondern durch mangelhafte Organisation." Besonders häuften sich Missverständnisse in der Kommunikation: "Zum Beispiel ruft der Arzt seiner Sprechstundenhilfe eine Abkürzung zu, die diese falsch deutet. HWI könne ebenso Harnwegsinfekt bedeuten wie Hinterwandinfarkt des Herzens." Weitere häufige Ursachen: Jemand verklickt sich beim Verordnen eines Medikaments in der Computer-Liste. Oder Rezepte werden verwechselt. Zugänglich für jedermann offenbart die Liste der "Fehler des Monats" immer wieder Missverständnisse als Auslöser. Konzipiert ist das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte, aber auch Zahnärzte haben hier berichtet. Ein Zahnarzt zum Beispiel meldete ein unerwünschtes Ereignis bei der Nutzung neuer technischer Möglichkeiten, in seinem Fall bei einer definitiven Komposit-Restauration. Die Helferin war neu im Team, kannte das System nicht und mischte nach altem "Rezept" an. Das Ergebnis: die Füllung misslang. Verhältnismäßig harmlos die Folge dieses Kommunikationsproblems, das der Zahnarzt erst im Nachhinein erkannt hat.

Lebensgefährlich für einen Patienten erwies sich dagegen ein Besuch bei einem anderen Zahnarzt, weil er diesem vor der Operation seine Marcumar-Medikation verschwieg, ebenso gegenüber dem später gerufenen Notarzt. Der eine hatte mit den starken Blutungen nicht gerechnet, der andere konnte sie nicht richtig deuten. Der Patient wurde gerettet. Als Fall des Monats Januar 2005 veröffentlichten die Initiatoren unter der Reportnummer 136 dieses unerwünschte Ereignis in zwei hausärztlichen Medien. Denn Transparenz gegen Fehler verlangt ihr Konzept. Mit dem Vorteil, dass Betroffene selber entscheiden können, ob sie das kritische Ereignis in anonymisierter Form öffentlich machen. Betroffene können sich mit der Veröffentlichung emotional Entlastung verschaffen und sich offen über das kritische Ereignis äußern. Im Rahmen der Analyse der berichteten Ereignisse können sie auf verursachende Faktoren hinweisen sowie Lösungsmöglichkeiten unterbreiten und "Gute-Praxis-Beispiele" darstellen. Jeder kann hier aus dokumentierten Ereignissen anderer Einrichtungen lernen.

Denn Behandlungsfehler, die gerade in Zeiten widriger Arbeitsbedingungen, zunehmender Leistungsverdichtung und immer komplizierter werdender medizinischer Prozesse geschähen, dürften nicht vertuscht werden, betonte schon 2005 Dr. Günther Jonitz auf dem Deutschen Ärztetag.



Reportnummer 324

Was ist passiert?

Eine definitive Komposit-Restauration sollte adhesiv befestigt werden. Dabei kam bei uns ein modernes Self-Etch Bond-System zum Einsatz, welches aus zwei Flaschen besteht, deren Inhalte vor der Anwendung auf einer Platte gemischt werden sollten. Stattdessen wurden beide Lösungen nacheinander in der Kavität aufgetragen, bevor die Füllung gelegt wurde.

Was war das Ergebnis?

Die Füllung hat sich über das Wochenende nahezu komplett von der Zahnhartsubstanz gelöst.

Mögliche Gründe:

Neue Helferin und eigene Unaufmerksamkeit. Die neue Helferin hatte vorher noch nie mit einem Self-Etch Bond gearbeitet und ging von einer Applikation nacheinander aus, wie bei älteren Bondsystemen üblich. Sie bemerkte zwar, dass der bei alten Systemen eigentlich notwendige Ätzschritt weg fiel, traute sich aber nichts zu sagen. Ich selbst habe dadurch auch gar nicht bemerkt, dass ich gerade nach alter Methode arbeite, weil die Umstellung auf dieses System noch nicht so lange her ist.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Aufmerksam die Gebrauchsinformationen lesen, sich im Klaren darüber sein, dass neue Bondsysteme zwar die Arbeit erleichtern, aber auch andere Handlungsabläufe erfordern. Vorhandene offene Gesprächskultur in der Praxis zwischen Helferinnen und Arzt immer wieder suchen und pflegen.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Team und soziale Faktoren, Ausbildung und Training.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

Erstmalig

Ein Register unerwünschter Ereignisse in deutschen Krankenhäusern hat im November 2007 die Ärztekammer Westfalen-Lippe gefordert. Aus dem "Komplikationsregister" sollen Strategien zur Fehlervermeidung entwickelt werden, erklärte Kammerpräsident Theodor Windhorst in Münster: "Fehler können passieren. Sie dürfen sich aber nicht wiederholen." Im Vergleich mit den Gesundheitssystemen in Australien, Großbritannien, Kanada, den Niederlanden, Neuseeland und den USA schneide Deutschland aber gut ab. "Wir sind beim Ranking der Behandlungs-, Medikations- und Laborfehler am besten", betonte Windhorst mit Verweis auf den "Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2007".

Absolut anonym

Das Portal "Jeder Fehler zählt" soll helfen, gemeinsam zu erkennen: "Wo liegen die Risiko-Bereiche? Wie kommen die Fehler zustande? Wie kann man sie vermeiden?", erklärt Hoffmann. Auf www.jeder-fehler-zaehlt.de machen sich die Praxen gegenseitig Vorschläge, zum Beispiel, wie man mit Abkürzungen umgeht.

Das sogenannte Critical Incident Reporting-System (CIRS) garantiert rechtlich wie technisch absolute Anonymität: Wie im Beichtstuhl kann der Betreffende sein Gewissen erleichtern, ohne bestraft zu werden. Mit einem Unterschied: Seine Aussage wird ausgewertet und die Erkenntnis daraus veröffentlicht. Denn "man muss nicht jeden Fehler selber machen, um ihn zu wissen und damit vermeiden zu können" heißt das Prinzip. So wollen die Initiatoren eine neue Fehlerkultur erreichen: Weg vom Schuldprinzip des Behandlers als "zweiten Opfers", hin zur Ursachenforschung - gerichtet auf Rahmenbedingungen.

Das nützt doppelt: Einmal unmittelbar den Kollegen, die von solchen Risikosituation Kenntnis erlangen und so ihre Erfahrungen zur konkreten Ursache miteinander austauschen und dadurch ein konstruktives Fehlermanagement einrichten können. Zum anderen allen Patienten, die von der erhöhten Sicherheit im Gesundheitswesen profitieren dürften. Dann wäre das Ziel erreicht. Diesen allgemeinen Nutzen des Projektes aus der Ärzteschaft sieht auch das Bundesministerium für Gesundheit, das das Portal "Jeder-Fehler-zählt" fördert. Die Akzeptanz seitens der Ärzte wächst stetig, wie Projektleiterin Barbara Hoffmann berichtet.

Schule gemacht

Das anonyme Meldeforum Jeder-Fehler-zählt macht Schule: Für Klinik- und Fachärzte gibt es seit 2005 "CIRSmedical", organisiert vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Prof. Matthias Schrappe, Vorsitzender des "Aktionsbündnis Patientensicherheit" hält Online-Portale für einen guten Weg, die bislang eher mangelhafte Fehlerkultur seiner Kollegen zu verbessern. Sein Rat, um möglicherweise tödliche Fehler zu vermeiden: "Lernen, darüber zu sprechen." Denn 17 000 Menschen sterben nach Angaben des Aktionsbündnisses jedes Jahr in deutschen Krankenhäusern, weil einem Klinikmitarbeiter ein Fehler unterlaufen ist. Zugegeben würden diese Pannen nur selten. Der Grund: Angst vor Schuldzuweisungen und Strafen.

ÄZQ-Referentin Julia Rohe nennt Beispiele: Zwei Frauen mit gleichem Namen, die beide eine Mammografie bekamen, wurden verwechselt: Die eine hatte Brustkrebs, die andere nicht, die Berichte wurden vertauscht. Folge: Die kranke Patientin wurde zu spät behandelt. Lösung: Patientenarmbänder einführen oder immer zusätzlich das Geburtsdatum checken, auch bei seltenen Namen.

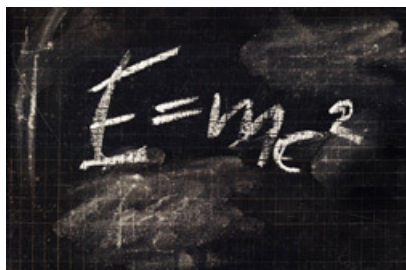
Dass nur rund 100 Berichte seit Frühjahr 2005 bei diesem CIRS eingingen, führt Rohe vom ÄZQ darauf zurück, dass es parallele Systeme gebe, zum Beispiel Klinikinterne, daneben die Seiten für Notärzte ("CIRS-Notfallmedizin"), Anästhesisten (Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System "PaSOS") oder Altenpfleger ("Aus kritischen Ereignissen lernen").

Alle diese Systeme arbeiten mithilfe des Internets völlig anonym, weder der Berichtende noch Klinik oder Praxis oder gar der geschädigte Patient sind anhand der Daten zurückzufolgern.

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten sieht in der Anonymität die Hauptstärke dieser Portale. Es müsse aber sichergestellt werden, dass die Erkenntnisse auch "unten ankommen", mahnt deren Präsident Wolfram-Arnim Candidus. Mediziner seien noch immer viel zu selten bereit, zu ihren Fehlern zu stehen, von Niederrangigen ließen sie sich schon gar nicht kritisieren. Die Hierarchie sei sehr viel stärker ausgeprägt als in anderen Berufen. Wer zu viele Fehler zugebe, müsse in diesem System um seine Chance fürchten.

"Wir sind eben dazu erzogen worden, unter der Null-Fehler-Annahme zu arbeiten", gibt der Frankfurter Prof. Schrappe zu. Aber das ändere sich, wenn auch nur langsam. Wenn er heute öffentlich sage, Fehler gehörten im Gesundheitswesen zum Alltag, empfänden die meisten Kollegen das als Befreiung, meint Schrappe. "Die Kritikfähigkeit wächst", glaubt Ärztin Hoffmann, das sehe man schon allein daran, dass es solche Portale gebe. "Vor zehn, zwanzig Jahren haben Mediziner über ihre Fehler ausschließlich hinter verschlossenen Türen gesprochen."

Am 1. Oktober 2007 ging ein entsprechendes, elektronisches Fehlerberichts- und Lernsystem für die Altenpflege an den Start: www.kritische-ereignisse.de. Deklariertes Ziel: Die Pflegequalität verbessern, sagen die Initiatoren vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. Sie wollen das Qualitätspotenzial, das in den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenpflege steckt, aktivieren und fördern. Seitdem haben alle



Pflegekräfte die Möglichkeit, anonym Berichte über kritische Vorkommnisse in der Altenpflege in ein System einzugeben.

Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt das Modellprojekt mit Mitteln aus dem Programm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Ministerin Ulla Schmidt sagte beim Start dieser Plattform, diese ermögliche allen Pflegenden, voneinander zu lernen und eigene Fehler zu vermeiden. Beiträge

Fehler vermeiden - indem man daran arbeitet

Foto: CC

Dritter sind auch hier ausdrücklich erwünscht. Die Beteiligten werten die Plattform als einen erheblichen Fortschritt, weil trotz bestehender Qualitätssicherungssysteme in der Pflege immer wieder unerwünschte Ereignisse vorkamen - mit teilweise gravierenden negativen Folgen für die Pflegebedürftigen.

Unerwünschtes Ereignis

Die Berliner Krankenkassen decken nach eigenen Angaben jedes Jahr mehrere Hundert sogenannte Behandlungsfehler auf. So geht allein die AOK Berlin pro Jahr bis zu 750 mutmaßlichen Fehlern von Ärzten und Pflegepersonal nach, etwa ein Drittel werde als tatsächliche Behandlungsfehler identifiziert, erklärte ein AOK-Sprecher. Die meisten Mängel würden in den Fachbereichen Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Geburtshilfe/Gynäkologie bekannt. Bundesweit erlitten mehr als eine halbe Million Krankenhaus-Patienten gesundheitliche Schäden durch die Behandlung in der Klinik. Bei einem Viertel dieser Fälle, also knapp 130 000, seien nach Angaben der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern die Folgeschäden auf Behandlungsfehler zurückzuführen. In Deutschland gibt es jährlich rund 17 Millionen Klinik-Behandlungen, bei drei Prozent davon sind therapiebedingte Gesundheitsschäden zu erwarten. "Wir haben etwa 160 Todesfälle im Jahr, die tatsächlich dokumentiert sind", sagte der Geschäftsführer der Schlichtungsstelle, Johann Neu, im November 2007 anhand der Analyse eigener Daten. Die Zahl des Aktionsbündnis Patientensicherheit von 17 000 Todesfällen hält er für nicht belegt. Doch gebe es unstreitbar Handlungsbedarf. Die meisten Kunstfehler, die bei der für neun Bundesländer zuständigen Schlichtungsstelle registriert werden, passieren bei Operationen (48 Prozent), bei der Medikamentengabe (19 Prozent) und invasiven Maßnahmen, wie dem Legen von Herzkathetern (14 Prozent). Bei der Diagnostik wiederum passierten viele Fehler beim Röntgen von Frakturen, sagte Neu: Ärzte übersähen viele Brüche, häufig werde sogar die falsche Körperregion durchleuchtet.

Die Experten von der Schlichtungsstelle fordern statt weiterer Kontrollen und Bürokratie die Verbesserung der Kommunikation. Dafür gäbe es ja Zeit - wenn endlich das tägliche Dokumentationspensum wenigstens von drei auf zwei Stunden reduziert werden könnte, so Neu.

Stetes Gift

Die Techniker Krankenkasse prüft allein in der Hauptstadt derzeit rund 300 Vorwürfe wegen des Verdachts auf falsche Behandlung - hauptsächlich nach chirurgischen Eingriffen sowie zahnärztlichen und gynäkologischen Behandlungen. Wie viele dieser Verdachtsfälle auch immer sich als tatsächliche Fehler erweisen werden: Nach bundesweiten Erfahrungen bestätigte sich etwa jeder fünfte Verdacht, so eine TK-Sprecherin.

Dann wird es für den einzelnen Behandler unangenehm: Denn dann können

Krankenkasse sowie Patienten auf Erstattung der Kosten beziehungsweise Schadensersatz klagen. Genau das aber schürt die Angst der Behandler vor persönlichen Konsequenzen für systembedingte Fehler. Diese Art der Ahndung leistet dem Totschweigen Vorschub. Oder dem Phänomen, die Schuld dem nächsten und wieder dem nächsten in die Schuhe zu schieben. Gift für eine nützliche Fehlerkultur also. Medizinrechtler haben bereits mehrfach auch hierzulande ein Umdenken gefordert, dahingehend, dass zwar Ansprüche des Patienten befriedigt werden sollen, der einzelne Behandler aber nicht ständig unter dem Damoklesschwert der Forensik arbeiten muss.

Das Schweigen der Firmen

Es gibt noch ein anderes Feld des Schweigens im Gesundheitswesen. Die Medikamentensicherheit. Sie sei eine Spielwiese der Pharmafirmen, monieren Kritiker. Denn Studien, die Wirksamkeit und Unschädlichkeit eines Präparats beweisen sollen, unterlägen angesichts strammer Wettbewerbsbedingungen einer gewissen Beliebigkeit, so die Branchenbeobachter. Und prangern an. So etwa im Januar die Süddeutsche Zeitung. Sie unterstellt wissentliches Abfiltern negativer oder unerwünschter Ergebnisse von Studien, sowie deren weiche, teilweise im Nachhinein geänderte Profile.

Von Studien, bei denen Positives über ein Medikament herauskam, veröffentlichten die Firmen 97 Prozent, von jenen mit negativem Ausgang hingegen nur 12 Prozent; über weitere 23 Prozent der ungünstigen Studien berichteten die Firmen so, dass das Medikament trotzdem gut dastand; nur eine von drei Studien zur Wirkung von Medikamenten gegen Depressionen wurde in den vergangenen Jahren veröffentlicht. Das berichteten jetzt Ärzte im New England Journal of Medicine. "Ärzte treffen womöglich falsche Entscheidungen, wenn sie Medikamente verschreiben", zitiert das Deutsche Ärzteblatt Erick Turner, der die Analyse erstellt hat. "Werden bestimmte Ergebnisse nicht publiziert, ist das der Hauptgrund, wenn Medikamente falsch beurteilt werden", bestätigt Norbert Victor, Biometriker aus Heidelberg, die Kritik. Denn wenn Ärzte nichts von unerwarteten Nebenwirkungen erführen, könne das schwerwiegende Folgen für die Patienten haben.

Angesichts dieser Praktiken hatten schon 2004 die Herausgeber führender Fachzeitschriften beschlossen, nur noch Studien zu publizieren, die vor Beginn in einer öffentlich zugänglichen Datenbank registriert wurden. Einmal eingetragen, ist das Studiendesign festgeschrieben und kann nicht mehr ohne Weiteres verändert werden. Für härtere Gangarten fehle die rechtliche Grundlage, klagt Dr. Peter Sawicki, Leiter des IQWiG.

Währenddessen gedeiht die neue Fehlerkultur, die die Ärzte initiierten: Für einen Workshop im Februar 2008 in Frankfurt, bei dem international verschiedene internetbasierte Fehlerberichtssysteme verglichen wurden, zog Hoffmann für Jeder-Fehler-zählt eine erste Bilanz: 300 Fehlermeldungen wurden bislang eingestellt, 1 000 Kommentare dazu abgegeben, 6 000 Ärzte und Arzthelferinnen sehen sich die Berichte jeden Monat an. Tendenz steigend.

Eine Liste mit Link-Adressen kann als [Download](#) abgerufen werden.

zm 98, Nr. 5, 01.03.2008, Seite 32-36