

Irren ist gefährlich

Gibt es eine Heilung für das System des Verschweigens und Abstreitens von Behandlungsfehlern?

Sylvia Säger

Behandlungsfehler sind heute kein Tabuthema mehr. Ärzte beginnen, diese freiwillig in öffentlich zugänglichen Registern aufzulisten, und sprechen bei Fortbildungen darüber. Was in der medizinischen Fachsprache als „vermeidbares unerwünschtes Ereignis“ umschrieben wird, kann für Patienten zu einer Katastrophe führen. Oft gerät ihr Leben ernsthaft in Gefahr oder wird dauerhaft beeinträchtigt. Den Nachweis dafür müssen die Geschädigten im Streitfall in teils langwierigen Verfahren selbst führen. Nun scheint eine Therapie für das System in Sicht zu sein. Eine neue Kultur im Umgang mit ärztlichen Fehlern soll entwickelt werden. Das geht aber nicht ohne die Mitarbeit von Patienten.

„Ich möchte nicht, dass das nochmal passiert“

„Es geht mir nicht um Rache, sondern dass aus Fehlern gelernt wird“, sagt die Ehefrau eines Patienten, der wegen einer unerkannten Sepsis gestorben ist. Ganze acht Jahre hat der Kampf der 52-jährigen Landwirtin um die Anerkennung dieses Behandlungsfehlers gedauert. Als besonders schmerzlich habe sie die Arroganz der Ärzte empfunden. „Ich habe zwar vor

Gericht Recht – aber bis heute keine Entschuldigung der Ärzte bekommen“, sagt die Landfrau. Sie musste erleben, dass Geschädigte von Ärzten eher als Lügner hingestellt, als dass Fehler zugegeben werden. Gekämpft hat die Witwe nicht



Marcel Weigand

nur für sich, sondern auch für andere: „Ich wollte nicht, dass so etwas nochmal passiert.“ Erst allmählich kehrt ihr Leben in normale Bahnen zurück. Geblieben ist ein massiver Vertrauensverlust in die Medizin.

Dass dies kein Einzelfall ist, weiß Marcel Weigand von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). An diese Einrichtung wenden sich jährlich mehr als 18.000 Menschen auch mit Fragen zu Behandlungsfehlern. „Unverständlich für die Betroffenen und für uns ist die mangelhafte Fehlerkultur. Ein klärendes Gespräch zwischen den Beteiligten kommt so gut wie nie zustande“, sagt Weigand.

Jeder macht Fehler

Formell ist jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eine Straftat, es sei denn, er ist vom ärztlichen Grundgedanken getragen. Die ärztliche Ethik gebietet, dass Mediziner den Kranken helfen und ihnen nicht schaden. Und doch kommt es immer wieder zu Behandlungsfehlern, die vermeidbar gewesen wären. Nach Hochrechnungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sterben bei 17,5 Millionen Behandlungen im Krankenhaus jährlich 17.500 Menschen an den Folgen von Behandlungsfehlern. Das entspricht etwa der Einwohnerzahl des bayerischen Städtchens Marktredwitz.

Die Palette ärztlicher Irrtümer ist breit. Da werden Medikamente verwechselt oder falsch dosiert, die falsche Körperseite behandelt, Patienten verwechselt, falsche Diagnosen gestellt und falsche oder fehlerhafte Behandlungen durchgeführt. Auch die Infektion mit Krankenhauskeimen kann das Ergebnis eines unsachgerechten Vorgehens sein. „Jeder macht Fehler. Auch Ärzte sind da keine Ausnahme. Problematisch wird es für die Geschädigten, wenn Mediziner ihre Fehler nicht eingestehen. Deshalb müssen wir in der Öffentlichkeit mehr über Patientensicherheit reden“, for-

dert Ewald Kraus, Vorsitzender der Notgemeinschaft Medizinischgeschädigter in Bayern. 2008 wurde mit der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ ein Anfang gemacht. Offen berichten 17 Profis aus Medizin und Krankenpflege über Fehler, die ihnen passiert sind, und welche Schlüsse sie daraus gezogen haben. „Diese Broschüre sollte von jedem gelesen werden, von Laien wie vom Fachpersonal“, wünscht sich Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorstandsvorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.



Dr. Günther Jonitz



Dipl.-Psych. Martina Hilbert



Dr. med. Stephan L. Gotsmich

Es geht nicht um Verfehlungen einzelner

Im Qualitätsmanagement der Industrie zum Beispiel werden Fehler auch als Chance begriffen. Können sie doch auch ein Hinweis darauf sein, an welchen Stellen des Systems Abläufe verbessert werden müssen. Im gesellschaftlichen Verständnis gelten Fehler vorwiegend als persönlicher Makel. Wie Ärzte mit Fehlern umgehen, hängt von verschiedenen Einflüssen ab.

Für wesentlich hält die Psychologin Martina Hilbert die Angst vor einer Schädigung des Ansehens, einen hohen Standes- und Erwartungsdruck bei Kollegen und Patienten, die Furcht vor Sanktionen, das eigene Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl. „Weil wir Fehler in der Regel nicht als Chance, sondern als Versagen empfinden, werden sie vertuscht oder abgestritten. Das ist menschlich.“

Doch neben einem persönlichen Versagen können auch Sicherheitslücken im „Gesundheitsbetrieb“ zu Behandlungsfehlern führen. Beispiele

hierfür sind lange Arbeitszeiten, schwer zu bedienende Geräte und Mängel in der Organisation von Arbeitsabläufen. Patienten und ihre Angehörigen brauchen hier schnelle und unkomplizierte Hilfe. Die Medizin braucht aber auch Hilfe. Es müssen Voraussetzungen für eine möglichst sichere Behandlung der Patienten geschaffen werden. Hannelore Loskill, die stellvertretende Bundesvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. und Vorstandsmitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit, findet es wichtig, dass die Verantwortlichen in der Medizin umdenken: „Wir müssen weg vom ‚Verursacherprinzip‘“. Es geht nicht um Schuld und Sühne, sondern um Ursache und Wirkung, also nicht darum ‚**Wer** ist schuld?’ sondern ‚**Was** ist schuld?’“.

Therapie des Systems

Es gibt mehrere Optionen, die Sicherheit der Patienten zu verbessern. „Eine sichere Patientenversorgung braucht si-

chere Arbeitsbedingungen. Die Wirklichkeit sieht da oft ganz anders aus. Hier müssen wir noch viel im System verändern“, sagt Günther Jonitz. Was Ärzte tun können, um Fehler zu vermeiden, fasst Dr. Stephan Gotsmich, Facharzt für Allgemeinmedizin, zusammen: Ärzte sollten den Mut haben, ihre Grenzen zu akzeptieren, und die eigenen Fähigkeiten nicht überschätzen. Sie sollten Aufgaben delegieren, um Überlastungen zu vermeiden, und Patienten mit wissenschaftlich begründeten Informationen verständlich über Nutzen und Risiken aller in Frage kommenden Maßnahmen aufklären. Ist ein Schaden eingetreten, sollte der Arzt mit den Geschädigten sprechen. „Eine Entschuldigung wird oft mit einem Schuldeingeständnis verwechselt und haftungsrechtliche Konsequenzen befürchtet. Daher wird lieber geschwiegen“, vermutet Gotsmich. Ein Fehler oder eine Situation, die fast einen Fehler herbeigeführt hätte, sind auch eine Chance zur Verbesserung. Darin sieht Hannelore Loskill eine große Herausforderung: „Wir haben bisher nicht gelernt, aus Fehlern zu lernen.“

Genau das ist das Ziel von Fehlerberichts- und Meldesystemen, die es inzwischen für Krankenhäuser, Arztpraxen und auch für Pflegeeinrichtungen gibt. Beschäftigte im Gesundheitswesen können im Internet anonym „vermeidbare unerwünschte Ereignisse“ und Beinahe-Schäden erfassen.



Hannelore Loskill



Dr. Christian Thomeczek

sen und kommentieren (siehe Abbildung 1). Auch Patienten steht diese Möglichkeit offen, obwohl dies in der vorgesehenen Erhebungsmaske nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist.

Der Schutz der Anonymität hilft, Hemmungen zu überwinden. Dr. Christian Thomeczek ist seit 2006 für das Fehlerberichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft www.cirsmedical.de zuständig. „Über die Fehler anderer zu diskutieren, schafft Abstand und trägt dazu bei, das gesamte System sicherer zu machen. Jeder kann vom anderen lernen.“ Wichtig sei aber, dass möglichst viele Beschäftigte im Gesundheitswesen diese Meldesysteme nutzen. Je größer die Vielfalt dokumentierter Fälle, desto größer ist auch der Lerneffekt für alle. Bisher sind in CIRSmedical.de mehr als 300 Fehler und Beinahe-Schäden registriert.

Neue Sicherheitskultur

In den vergangenen 15 Jahren hat die Anzahl der Haftpflichtschäden zugenommen, und das Thema Patientensicherheit ist verstärkt in das öffentliche Interesse gerückt. Was in der Vergangenheit getan wurde, war offensichtlich nicht ausreichend. Die öffentliche Diskussion über „vermeidbare unerwünschte Ereignisse“ hat bewirkt, dass in Deutschland eine Sicherheitskultur entsteht. Dabei helfen Konzepte, die sich bereits in anderen Bereichen (wie in der Luftfahrt) bewährt haben. Das sind: einfach gestaltete Abläufe, informierte Bürger und Patienten, Checklisten für Prozesse und Proze-

Abb. 1: Beispiel für eine Meldung in www.CIRSmedical.de mit Reaktionen

The screenshot shows the CIRSmedical website interface. At the top, there are navigation tabs: CIRS, LERNEN, ADMINISTRATION, HILFE, and STARTSEITE. Below these are links for 'Aktuelle Fälle', 'Suche nach Fällen', and 'Auswertungen'. The main content area displays a report titled 'Was ist passiert?' with a text box containing a user's report about a patient with a suspected heart attack. Below the report, there are sections for 'Was war das Ergebnis?' and 'Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?'. A 'Kommentar LeserIn' section follows, containing a feedback message from the CIRS group in the hospital.

duren, Fehlerberichts- und Meldesysteme sowie Software, die die Erinnerungs-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen unterstützt. Patientensicherheit muss auch Bestandteil der Ausbildung und des Medizinstudiums werden.

„Es zählt, was beim Patienten ankommt“, sagt Prof. Dr. Matthias Schrappe, Leiter



Prof. Dr. Matthias Schrappe

des 2009 gegründeten Instituts für Patientensicherheit. „Die Sicherheitskultur gehört in das Leitbild und in die Qualitätspolitik von Krankenhäusern und Arztpraxen.“

Es geht nur gemeinsam

„Wir brauchen eine Allianz von Verbänden,

Fachgesellschaften, Selbstverwaltung, Gesundheitspolitik und Verbrauchervertretern, um die Patientensicherheit zu verbessern“, davon ist Matthias Schrappe überzeugt. Maßgebliche Schritte für eine Heilung des Systems des Verschweigens und Vertuschens von Fehlern sieht er darin, dass Ärzte offen mit diesem Problem umgehen und die Verantwortung für eine wirksame Vorbeugung übernehmen, dass Patienten aktiv bei der Fehlervermeidung mitarbeiten und vor allem keine Angst haben, sich zu Wort zu melden, sobald etwas unklar ist. Das wünscht sich auch Hannelore Loskill: „Jeder Patient hat eine Verpflichtung sich selbst gegenüber. Das bedeutet, sich über die Risiken zu informieren, die die Erkrankung und ihre Behandlung mit sich bringen.“

Die Patientenvertreterin fordert auch eine verständliche und nachhaltige Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung. „Ich habe während meines Kampfes um Anerkennung des Behandlungsfehlers oft gezweifelt, aber ich wollte nicht auf halbem Weg stehen bleiben“, sagt die Witwe des verstorbenen Patienten. Das ist auch für die neue Sicherheitskultur wünschenswert!

Verwendete Literatur und Quellen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.). Aus Fehlern lernen. 2008; online verfügbar unter www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/Aus_Fehlern_lernen_0.pdf (Zugriff am 8.3.2010)
- Bundesärztekammer, Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern (Hrsg.). Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen – ein Wegweiser. 2007; online verfügbar unter www.baek.biz/downloads/WegweiserGutachter.pdf (Zugriff am 8.3.2010)
- Bundesärztekammer (Hrsg.). Rat der Europäischen Union: Empfehlung zur Sicherheit der

Patienten - Deutsche Ärzteschaft: Umsetzung von Patientensicherheit. 2009; online verfügbar unter:

- www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_Patientensicherheit.pdf (Zugriff am 8.3.2010)
- Hart D. Systemverantwortung versus individuelle Verantwortung: Sicherheitskultur? Zugleich ein Beitrag zum Spannungsverhältnis zwischen Patientensicherheit und Haftungsrecht. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 2009;103:504-509
- Hart D, Jonitz G, Lichte T, Schrappe M. Sicherheitskultur – das magic bullet der Patientensicherheit? Editorial. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 2009;103:491-492
- Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement: Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int 2010;107(6):92-99
- Lauterberg J. Sicherheitskultur in verdichteten Arbeitsbedingungen – die Entwicklung in Deutschland in den letzten 10 Jahren. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 2009;103:498-503
- Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Kowalski C, Ommen O. Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 2009;103:493-497
- Rohe J. CIRSmedical.de: Konzept des Netzwerks CIRSmedical.de der deutschen Ärzteschaft. Arztl Sachsen Anhalt 2010;21(2):17-19

DR. SYLVIA SÄNGER



QUALITAS-Chefredakteurin
Deutschland
saenger@schaffler-verlag.com

Patientensicherheit – Adressen in Deutschland (Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Fehlermeldesysteme und Melderegister für Mediziner und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen

- www.cirsmedical.de
Anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft
- www.forum-patientensicherheit.de/cirsmedical/pilotprojekte_cirsmedical.de
Verschiedene Fehlerberichts- und Lernsysteme, die mit CIRSmedical.de zusammenarbeiten
- www.forum-patientensicherheit.de/cirsmedical
Linkliste zu Berichtssystemen für Hausarztpraxen, Altenpflegeeinrichtungen und andere
- www.akdae.de/50/50/index.html
Melderegister der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Organisationen / Institutionen / Initiativen

- www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
Beschäftigte im Gesundheitswesen und Patientenorganisationen erforschen, entwickeln und verbreiten Methoden zu mehr Patientensicherheit (enthält eine umfangreiche Linkliste und Checklisten für Patienten)
- www.ifpsbonn.de
Institut für Patientensicherheit – wissenschaftliche Bewertung von Maßnahmen zur Patientensicherheit und Erforschung von Messmethoden
- www.aktion-sauberehaende.de
Initiative zur Händedesinfektion zur Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus
- <https://www.kda-online.de/fvs.html> | Bundesweites Pilotprojekt „Fehler in der Pflege“
- www.dgch.de/attachments/050_WHO_Checkliste.pdf
Sicherheits-Checkliste Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Grundlage ist die Checkliste „Safe surgery saves lives“ der Globalen Initiative für Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation WHO)
- www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html
WHO Patient Safety Curriculum Guide für Medizinstudenten

Beratung für Patienten

- www.unabhaengige-patientenberatung.de
Neutrale und von Kostenträgern und Leistungserbringern unabhängige Beratung, Information und Unterstützung.
- www.bag-notgemeinschaften.de | Deutscher Patientenschutzbund e.V.
- www.ngm-bayern.de
Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Bayern (Linkliste mit weiteren Anlaufstellen)
- www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301.5361
Adressen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern (Begutachtungen und außergerichtliche Streitschlichtungen bei Behandlungsfehlerwürfen)