

Ressort: Gesundheit
 URL: /gesundheit/artikel/823/123648/article.html
 Datum und Zeit: 24.07.2007 - 06:29

16.07.2007 18:19 Uhr

Mediziner-Fehler

Ärzte beichten zu wenig

Fehler in der Medizin gehören zu den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland. Doch für viele Ärzte ist das Thema tabu. Ein anonymes Meldesystem soll nun Abhilfe schaffen.

Von Wiebke Rögener



Mord gehört zu den seltenen Todesursachen im Krankenhaus, so spektakulär Fälle wie die Patiententötungen durch die Krankenschwester Irene B. an der Charité auch sein mögen.

Irrtümer im Klinikalltag befördern hingegen weit mehr Patienten vom Leben zum Tode: Fehler in der Medizin gehören zu den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland (*Anästhesie und Intensivmedizin, Bd.47, S.9, 2006*). Mindestens jeder tausendste Krankenhauspatient stirbt durch Unachtsamkeit und Fehler.

Unerwünschte Ereignisse ohne so gravierende Folgen gibt es bei jedem zehnten bis zwanzigsten Patienten, ermittelte das Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Ärzte und Patienteninitiativen, Krankenkassen und andere Organisationen angehören (*Agenda Patientensicherheit 2007, www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/material/agenda07.pdf*).

Fehler passieren immer wieder. Sie sollten gemeldet werden, damit sie sich nicht wiederholen.
 Foto: ddp

Medikamente werden verwechselt oder falsch dosiert, Knochenbrüche im Röntgenbild übersehen, oder Ärzte leiten bei einer Schwangeren, die zur Vorsorge erschien, irrtümlich eine Geburt ein. Seltener fällt es auf, wenn Patienten knapp einem Behandlungsfehler entgehen.

Es geht nicht ums Bloßstellen

Wer mag sich schon bloßstellen, wenn er den Griff zur falschen Ampulle noch bemerkte oder ein fast vergessener Patient doch noch ins Behandlungszimmer gerufen wurde. Auch wer ein Malheur bei Kollegen beobachtet, hält meist den Mund.

In der Luftfahrt werden seit Jahrzehnten auch Beinahe-Unfälle erfasst. In der Medizin hingegen ist der übliche Umgang mit kritischen Situationen hierzulande immer noch das Schweigen. Anders in den USA, Großbritannien, Kanada und Australien: Seit etwa zehn Jahren gibt es dort Critical Incident Reporting Systems (CIRS).

Auch wenn Ärzte oder Pflegepersonal den Irrtum entdeckt haben, bevor er Folgen hatte, kann er anonym an das CIRS gemeldet werden, um Fehlerquellen aufzuzeigen. Es geht nicht darum, Schuldige bloßzustellen, sondern Fehler im System zu entdecken.

"In Deutschland beginnen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte erst seit zwei Jahren verstärkt, solche Meldesysteme einzurichten", sagt Matthias Schrappe. Der Internist gehört dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen an und ist Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Mittlerweile gibt es lokale CIRS an verschiedenen Krankenhäusern; hinzu kommen das bundesweite Patientensicherheits-Informationssystem (www.pasis.de), das von der Universitätsklinik Tübingen betrieben wird, außerdem fachspezifische Register wie www.cirs-notfallmedizin.de und ein Meldesystem für Hausarztpraxen (www.jeder-fehler-zaeht.de). Doch sie alle enthalten erst wenige hundert Fälle. Als Gründe, warum sich CIRS in angelsächsischen Ländern

früher durchsetzten, nennt Schrappe: "Flachere Hierarchien und mehr Teamarbeit als an deutschen Kliniken. Da fällt es leichter, über Fehler zu reden."

Verwechselte Ampullen

Damit tun sich Ärzte in Deutschland schwer. "Das Pflegepersonal meldet viel mehr Vorkommnisse als die Ärzte - und das nicht etwa, weil den Schwestern und Pflegern mehr Fehler unterlaufen", sagt Schrappe. "Aber bei ihnen gibt es eine andere Kultur des Umgangs mit Fehlern." Ärzten dagegen werde in der Ausbildung noch immer vermittelt, dass so etwas nicht vorkommen dürfe. "Hier gilt die Annahme: Wer gut ist, dem passieren keine Fehler. Das ist ein Tabu. Und so haben Ärzte enorme Probleme, mit Fehlern zurechtzukommen."

Auch eine Untersuchung in den USA stellte fest, dass über vermeidbare Fehler von Krankenschwestern dreimal häufiger berichtet wird als über Fehler, an denen Ärzte beteiligt sind. Besonders Zwischenfälle bei Operationen würden zu selten gemeldet, berichten die Forscher der University of California in Los Angeles (*Quality and Safety in Healthcare, Bd. 16, S. 164, 2007*).

Nur langsam sehen Ärzte ein, dass es nützlich ist, aus Missgeschicken zu lernen - nicht nur aus den eigenen. "Etwa jedes zehnte Krankenhaus in Deutschland arbeitet heute mit CIRS", schätzt Schrappe. "Manche fangen damit erst an, wenn ein Patient im Aufzug eingeklemmt wurde oder Schlimmeres passiert wie die Patiententötungen in Berlin, weil man Warnzeichen nicht beachtet hat."

Dabei gibt es an der Charité ein CIRS. "Seit Anfang 2006 haben wir das System schrittweise eingeführt", sagt Lutz Fritsche, Leiter des Qualitätsmanagements der Charité. Doch auf Station 104i, auf der Irene B. arbeitete, waren die Mitarbeiter noch nicht in das CIRS eingewiesen.

Hätte das System die Charité-Morde verhindern können?

"Sonst hätten Kollegen, denen etwas komisch vorkam, das vielleicht gemeldet", sagt Fritsche. "Der Moderator hätte dann die Klinikleitung einschalten müssen, vielleicht wäre die früher eingeschritten", mutmaßt er. "Ob das System Morde hätte verhindern können? Dafür will ich die Hand nicht ins Feuer legen."

Aufspüren lassen sich dagegen Schwachpunkte im medizinischen Alltag. Oft sind die - möglicherweise lebensrettenden - Veränderungen, die daraus folgen, unspektakulär. Etwa wenn ein blutverdünnendes Medikament mit zwei unterschiedlichen Konzentrationen in Ampullen eingesetzt wird, die leicht zu verwechseln sind.

"In einem solchen Fall wurden bei uns höher konzentrierte Ampullen abgeschafft, man muss dann gegebenenfalls mehr von dem verdünnten Medikament verwenden", sagt Fritsche. In einem andere Fall änderte eine Pharmafirma die Verpackung eines Herzmedikamentes, als das CIRS der Universitätsklinik Rostock darauf aufmerksam machte, dass sie einem anderen Mittel zum Verwechseln ähnlich sah.

Allerdings wird auch im Schutz der Anonymität nur ein Bruchteil aller kritischen Vorkommnisse gemeldet, berichten britische Forscher. Sie sahen die Krankenakten von etwa 1000 Krankenhauspatienten durch und fanden mehr als 300 Ereignisse, die die Sicherheit der Patienten beeinträchtigen könnten. Nur 54 davon waren über die Berichtssysteme der beteiligten Kliniken registriert worden (*BMJ, Bd. 334, S. 79, 2007*).

Entlastende Fehlerbeichte

Damit Meldesysteme effektiver werden, muss sichergestellt sein, dass Berichte nicht versickern und Mitarbeiter sehen, dass sich etwas verändert. "CIRS allein ist noch kein Risikomanagement", sagt Schrappe. "Es geht ja darum, dass man im Team über Fehler spricht und Risiken beseitigt."

Damit CIRS funktioniert, sollte eine Meldung einfach zu erstellen sein, sie darf nicht an Vorgesetzte weitergeleitet werden, sondern an einen unabhängigen Moderator außerhalb der Hierarchie, und es müssen rasche Rückmeldungen und Verbesserungen folgen, stellt eine Arbeitsgruppe von Anästhesisten und Intensivmedizinern fest.

Eine gute Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit dem System und rasches Feedback erhöhen die Beteiligung beträchtlich, ergab eine Studie in Australien. So verdreifachte sich dadurch die Zahl der Meldungen aus Notaufnahmen

(*Quality and Safety in Healthcare, Bd. 16. S. 169, 2007*). "Wo das funktioniert, gibt es nach Einführung von CIRS oft eine geradezu euphorische Phase", sagt Schrappe. "Es ist eine ungeheure Entlastung, über Fehler, die immer vorkommen, endlich sprechen zu können."

Nicht geeignet ist CIRS für Statistik-Fans. Wie oft welche Probleme auftreten, ist damit nicht zu entdecken, denn auch unter guten Voraussetzungen wird nur ein Teil der Vorkommnisse gemeldet und nicht aus allen Bereichen gleich häufig. "CIRS erweitert unsere Vorstellungskraft. Es gibt Hinweise darauf, wo Risiken lauern können", sagt Schrappe. "Wenn man zählen will, braucht man andere Methoden."

(SZ vom 17.7.2007)

Artikel drucken ::

Fenster schließen ::