

Fehler

E. Taverna

Im gut gefüllten Auditorium Rossi des Inseleospitals ertönt Beethovens Schicksalssymphonie. Das Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat die Tagung zum Umgang mit Fehlern in der Medizin organisiert. Die Facts-Titelseite vom 30. November wird an die Wand projiziert: «Sterben wegen Ärztefehlern: Der verdrängte Skandal». Der Anlass soll zur Qualitätssicherung beitragen und ein dreijähriges Programm zur Verbesserung der Patientensicherheit eröffnen. «Wir haben Experten-Know-how international eingekauft» verkündet der Mann vom BSV. Denn der einheimischen Ärzteschaft allein mag er nicht vertrauen: «die ist wie ein klebriger Teig, den man nicht von den Fingern bekommt.»



Das Problem

Charles Vincet vom University College in London belegt mit mehreren Studien, dass Fehler häufig vorkommen. Weit häufiger als angenommen. Für unser Land schätzt er, dass auf eine Million Eintritte pro Jahr etwa 400 000 – 800 000 Spitaltage auf das Konto medizinischer Fehlleistungen gehen, die zur Hälfte vermeidbar gewesen wären. Dabei sind alle Spezialitäten gleich betroffen. Am Fallbeispiel einer gut protokollierten Geburt und eines versuchten Suizides illustriert er, wie sich einzelne Fehlentscheide und Organisationsfehler zur Katastrophe summieren. Die Analyse kritischer Vorfälle soll sich weniger auf Individuen und dafür mehr auf die Arbeitsbedingungen konzentrieren. Dazu sind Protokolle zu entwickeln, die systematisch alle Einflussfaktoren auflisten. Ein kluges Risikomanagement verhindert simple Erklärungsversuche und willkürliche Schuldzuweisungen. Nur wenn Fehler erkannt und akzeptiert werden lassen sich die Ursachen verstehen und beseitigen.

Beat Kehrer, chirurgischer Chefarzt am Kinderspital St. Gallen, zeigt wie ein systemischer Ansatz seit Jahren bereits funktioniert. Alles, was dem Kind schadete oder auch nur hätte schaden können, wird freiwillig und anonym gemeldet. Fehler werden grundsätzlich als Ausdruck eines Systemmangels und nicht als das Ungenügen eines Mitarbeiters aufgefasst. Neben weiteren Erfassungsmethoden wie direkte Beobachtung, nachträgliches Kontrollieren von Aufzeichnungen, Fokussierung auf Gruppen und Komplikationskonferenzen hat sich das «incident reporting» aller Zwischenfälle, also auch der folgenlosen, durchgesetzt. Das Lernpotential dieser Methode hat sich zuerst auf der Intensivstation bewährt, wo am meisten Handlungen pro Patient stattfinden. Zu kritischen Situationen kommt es auf allen Abteilungen, gehäuft bei Schichtwechsel und in den fortgeschrittenen Nachtstunden, bei Verabreichung von Medikamenten und der Übergabe von Informationen. Apparatefehler sind relativ selten. Zusätzliche Automatisierung kann die Sicherheit erhöhen. Der Mensch ist als kreativer Chaot unentbehrlich; die Technik übernimmt die Routine.

Dass auch in der ambulanten Medizin Fehler häufig vorkommen, demonstriert eine Studie aus Frankreich, die während sieben Tagen die Rezeptformulare von über tausend Allgemeinpraktikern auswertete. Häufig festgestellt wurden Dosierungsfehler, vermeidbare Interaktionen und die Auswahl wirkungsloser oder nicht indizierter Medikamente. Die Fehlerquote steigt mit zunehmendem Alter des Praktikers, mit zunehmender Patientenzahl und der Verschreibung bei Hausbesuchen. Männer machen mehr Fehler und diese häufiger in Einzel- als in Gruppenpraxen. Der Referent schätzt, dass jährlich 1,3 Millionen Spitaltage durch medikamentöse Nebenwirkungen verursacht werden.

Die Lösung

Was die Fluggesellschaften im Cockpit und ausserhalb vorkehren, wird zum Vorbild für das Hochrisikounternehmen Medizin. Der Qualitätsexperte von der Swissair und der Chefanästhesist von Basel erproben neue Formen der Zusammenarbeit, die in Kursen erlernbar werden. Auch in der Luftfahrt sind 80% der Unfälle auf menschliches Versagen zurückzuführen. Maximale Transparenz befriedigt die Passagiere und nützt auch der Firma, wenn die Konkurrenz zunimmt, Anwälte aggressiver und Kunden anspruchsvoller werden.

Der Präsident der FMH folgert aus den 2320 Gutachten der Jahre 1982–1999, dass eine zentrale Datenbank für ein anonymes Meldewesen und eine Restrukturierung der Gutachterstelle nötig seien. Das ganze Arsenal von Zertifizierungen, Audits, Richtlinien und obligatorischer Fortbildung soll zumindest

ein genügendes Mass an Kenntnissen und Fähigkeiten sicherstellen. Die einmütig von allen Referenten beschworene «neue Fehlerkultur» setzt flache Hierarchien, gegenseitiges Vertrauen und ein Bewusstsein für die eigene Anfälligkeit für Fehler voraus. Das Umdenken ist revolutionär, weil es dem Karrieredenken, dem Berufsdünkel, der Vorliebe für Sündenböcke und den Starallüren zuwiderläuft. Solidarität unter den Gesundheitsberufen ist gefragt, Teamdenken, engere interdisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch administrative und politische Rückendeckung.

Das abschliessende Podiumsgespräch macht erste Spannungen spürbar. Wer übernimmt die Führung, FMH oder BSV? Wie verträgt sich die neue Offenheit mit der Rechtsmedizin? Darf diese kleine Revolution auch etwas kosten oder soll wieder nur gespart werden? Und wie verträgt sich der zunehmende Druck auf das Personal mit der verlangten Qualität?