

# «Even good people make mistakes»

Reto Steiner, Redaktor der SÄZ

*«Risiken, Fehler und Patientensicherheit» – dies der Titel einer Veranstaltung, welche die FMH Ende Januar 2001 im Berner Inselspital durchgeführt hat. Ziel war nicht eine Auseinandersetzung mit dem Bundesamt für Sozialversicherung, das in einer Pressemitteilung einige Wochen zuvor von rund 3000 vermeidbaren medizinischen Fehlern – sprich Todesfällen – in Schweizer Spitälern sprach. Die meisten der rund hundert Teilnehmer waren sich einig, dass eine Umrechnung amerikanischer Studien auf die Schweiz nichts bringe und kohärente Aussagen nicht möglich seien. Viel wichtiger als die Zahlen sind die Kenntnisse, wo die Fehler entstehen, wie sie ablaufen und welches die Gründe für ihr Entstehen sind.*

Es beginnt schon bei den Definitionen: sind die geschätzten 3000 Todesfälle, welche das BSV in die Diskussion geworfen hat, «potential medical errors» oder sind es «real errors»? Sind (häufige) Stürze mitgezählt? Geht es um alle unerwarteten Todesfälle? Wie steht es mit den Suiziden resp. den Suizidversuchen? Welche Todesfälle basieren auf «hospital acquired infections»? Die Liste liesse sich verlängern und zeigt deutlich, dass derartig plakative Aussagen, wie sie das BSV gemacht hat, wohl Schlagzeilen in den Medien provozieren, im Grunde genommen aber zu nichts führen.

Absicht ist es, von einer Schuldkultur zu einer Fehlerkultur zu kommen, unterstrich FMH-Präsident H. H. Brunner. Dies bedeutet Schutz des Arztes vor rechtlichen und disziplinarischen Massnahmen, dies bedingt Vertraulichkeit und eine De-Identifikation des Meldenden und vor allem eine Trennung der Datensammelstelle von der Institution, bei der der Meldende arbeitet. Ausserdem muss das Meldeverfahren einfach sein und einen nützlichen und schnell verfügbaren Feedback haben. Kurz gesagt geht es um den Aufbau einer Fehlerkultur; die FMH wird dazu eine Datenbank auf die Beine stellen, wo Ärztinnen und Ärzte ihre Fehler eingeben können, die danach analysiert und auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

## Schweizer Studien und Datenbanken über Komplikationen und Fehler in der Medizin

Entgegen einer weitverbreiteten Meinung gibt es heute in der Schweiz schon diverse Modelle zur Fehler-Datensammlung innerhalb bestimmter Fachbereiche oder Kliniken. So hat sich bereits 1996 die Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft

für Innere Medizin die Aufgabe gestellt, die Qualität der medizinischen Dienstleistungen systematisch zu dokumentieren mit dem Ziel, diese zu verbessern. Das Projekt «Komplikationenliste» wurde gestartet, wobei es, wie Prof. M. Stäubli, Zollikerberg, hervorhob, nicht um ein Inventar von Behandlungsfehlern geht, sondern darum, Lernerhalte, die sich daraus ergeben würden, weiterzuermitteln. Mit den aus der Komplikationenliste sich ergebenden Resultaten zeigen sich Möglichkeiten, Komplikationen durch organisatorische und Weiterbildungsmassnahmen zu verhindern; die Liste ist ein praktikables Instrument zur Korrektur von Schwachstellen in der Organisation der Klinik und der Weiterbildung. Die Methode stösst nach Angaben des Referenten auf grosses und breites Interesse, so dass sich für die erste Hälfte des Jahres 2001 sechs weitere Kliniken zur Teilnahme angemeldet haben.

Auch die Datenbanken der ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken) und AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie) zeigen Komplikationen und Fehler auf, wie PD Ch. Rageth ausführte – auch sie enthalten einen gewichtigen Qualitätssicherungsteil, der in Jahresauszügen, Spezialauswertungen und wissenschaftlichen Recherchen seinen Niederschlag findet, wobei die Statistik auch dem persönlichen Feedback dient.

Ein spezielles Gebiet, dem sich Dr. M. Giger, Mitglied des FMH-Zentralvorstands widmete, sind Fehler in der Pharmakotherapie und mögliche Vorbeugungsmassnahmen. Zur Arzneimittelsicherheit einige Zahlen: 10% der Chronischkranken müssen wegen unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) zum Arzt oder hospitalisiert werden. 3% der UAW sind Hospitalisationsgrund, 8,8% aller Hospitalisationstage sind bedingt durch UAW. Fehlerpräventionsprogramme – z.B. EDV-gestütztes Rezeptieren – können hier korrigierend eingreifen.

## Der Blick über die Grenzen

Wie schwierig es ist, aussagekräftiges, hieb- und stichfestes Zahlenmaterial zu erhalten und wie umstritten nur schon die Definition eines Fehlers ist, zeigte auch Prof. D. Hatch, Chairman of the Committee of Professional Performance of the General Medical Council, am Beispiel Grossbritanniens: Der National Health Service rechnet mit 850 000 «adverse events» pro Jahr, wobei die Spannweite zwischen 300 000 und 1,4 Millionen liegt. Effiziente Qualitätsverbesserung ist im übrigen, so Prof. Hatch, ein bottom-up-Prozess – obrigkeitliche Verordnungen nützen nichts. Und noch eines: auch für Grossbritannien gilt der Satz, dass auch gute Leute Fehler machen.

Auch bei unserem Nachbarn im Norden wird das Thema Qualität in der Medizin breit diskutiert, wenn auch, wie Prof. G. Ollenschläger von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung ausführte, nicht allzu marktschreierisch. Die Diskussion um Fehler und Patientensicherheit wird in Deutschland von diversen

Institutionen geführt; von Verbraucherzentralen und freien Patientenberatungsstellen, von den Ärztekammern, welche Bürgerbüros und Schlichtungsstellen unterhalten, von Krankenkassen, Ministerien und von Kliniken. Es kommt zu 30 000 bis 40 000 Haftpflichtschadensfällen pro Jahr; die Schadensaufwendungen sind im Verlauf der letzten fünf Jahre um rund 100 Prozent gestiegen – 1994 lagen sie bei 415 Mio. DM. Für das laufende Jahr sind diverse Projekte der ärztlichen Selbstverwaltung vorgesehen: so wird eine Optimierung der Datenlage angestrebt, eine Identifizierung/Quantifizierung von Fehlerraten und -typen sowie Risikofaktoren, es ist die Implementierung von Fehlervermeidungsprogrammen vorgesehen sowie die Durchführung von Informations- und Aufklärungskampagnen zur Fehlerproblematik.

---

#### Risiken und Fehler und die juristischen Aspekte

Voraussetzung für ein Incident Reporting, und hier sind sich alle Fachleute einig, ist, dass die meldende Person vor rechtlichen und disziplinarischen Mass-

nahmen geschützt wird, die Meldung mit anderen Worten also vertraulich behandelt wird. Die Datensammelstelle muss getrennt sein von der Institution, in der der Meldende arbeitet, und das Meldeverfahren muss einfach sein und garantieren, dass ein Feedback schnell verfügbar ist. Und gerade hier stösst man, wie HP Kuhn, stv. Generalsekretär der FMH ausführte, auf Schwierigkeiten: In der Schweiz muss der Richter alles wissen, was für einen Fall wichtig sein kann. Mit anderen Worten heisst dies, dass Straf- und Zivilrichter auf eine Fehlerdatenbank zugreifen dürfen und müssen – was wiederum bedeutet, dass die systematische Fehlerursachenforschung in der Schweiz klinisch tot ist, bevor sie richtig begonnen hat. Es sei denn, dass der Gesetzgeber zum voraus verbindlich definiert, welche Meldungen ohne Sanktionen bleiben, d. h. dem Gutacher, Richter, der Gesundheitsdirektion und den Versicherern nicht vorgelegt werden dürfen und müssen – wobei die Voraussetzungen dazu genau umschrieben werden müssen.

(Die Folien der Veranstaltung finden sich auf [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) => QS/QF => Artikel)