

Vorwort

„Errare humanum est“ – diese dem spätantiken Theologen Hieronymus zugeschriebene Erkenntnis gehört ganz sicher zu den allgemeingültigen Wahrheiten der Menschheit – nur für Ärzte scheinen sie hin und wieder nicht gelten zu dürfen. In einer „Null-Fehler-Kultur“ dürfen Fehler nicht passieren und treten sie dennoch auf, ist der Umgang damit häufig durch Schuldzuweisungen an Einzelpersonen geprägt. Die Suche nach dem „Sündenbock“ oder dem „Schuldigen“ ist bequem, weil man nicht nach weiteren Ursachen suchen muss, die auch meistens viel schwieriger zu lösen sind.

Das Urteilsvermögen, die Kommunikationsfähigkeit und die Selbstreflexion von Ärzten unterliegen aber denselben Einschränkungen, wie sie bei anderen Berufsgruppen in der Klinik bzw. in der Allgemeinheit zu finden sind. Vor allem im hochtechnisierten Arbeitsfeld der Intensivmedizin finden wir Medizingeräte, die ein sehr hohes Sicherheitsniveau aufweisen. Folglich gehören „Fehler und Irrtümer“, d. h. menschliches Versagen zu den Hauptursachen für Komplikationen und Zwischenfälle auf der Intensivstation. Jedem können Fehler passieren, denn „Irren ist menschlich“!

Meistens hängen diese zudem von komplexen äußeren Bedingungen wie Ausbildung, Organisation, Strukturen und Führungskultur ab. Jeder von uns muss sich mit Fehlern auseinandersetzen, denn der weniger bekannte Teil des eingangs zitierten Aphorismus lautet: „... sed in errore perseverare diabolicum“ – aber im Irrtum beharren ist teuflisch.

In der Intensivmedizin werden daher erhebliche Anstrengungen unternommen, die dazu dienen einen transparenteren und auch ehrlichen Umgang mit Fehlern zu etablieren. Einen Meilenstein in dieser Hinsicht stellt die Datenbank des Krankenhaus-Critical Incident Reporting Systems-Netztes Deutschland dar, welches deutschlandweit, interprofessionellem und interdisziplinärem Lernen dient. Die Träger des Projekts sind das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. und der Deutsche Pflegerat e. V. CIRS-Berichtssysteme erlauben, Fehler, Zwischen- und auch Beinahe- Zwischenfälle in anonymer Form im Internet zu veröffentlichen, damit andere Kollegen die Möglichkeit haben, aus den geschilderten Fällen lernen zu können. Voraussetzung dafür ist allerdings die Akzeptanz der

eigenen Fehlbarkeit, die uns aus unseren Fehlern und aus den Fehlern anderer lernen lässt.

Die vorliegende Sammlung von 100 Fallbeispielen aus der intensivmedizinischen Praxis soll vergleichbar zum CIRS ausreichend Gelegenheit geben, aus den Fehlern anderer zu lernen und diese vielleicht zu vermeiden. Die Fallbeispiele stammen vielfach aus eigenen Erlebnissen der Autoren bzw. aus CIRS-Berichtssystemen. Alle Fallbeispiele beruhen somit auf wahren Fällen, sind im Kern unverändert, aber didaktisch aufbereitet und anonymisiert, um eine Identifikation der Ereignisse, der beteiligten Kliniken, Ärzte, Pflegekräfte und Patienten unmöglich zu machen. Ähnlichkeiten mit noch lebenden oder verstorbenen Personen sind also rein zufällig.

Das noch relativ junge Gebiet der „Fehlerforschung“ beschreibt eine Reihe typischer und immer wiederkehrender Fehler, die in der anliegenden „Fehlermatrix“ strukturiert aufgezeigt werden. Die Matrix besteht aus 2 Dimensionen: zum einen dem vorherrschenden Symptom, welches entweder durch den Fehler entstanden ist oder den Fehler verursacht hat, zum anderen aus der Fehlerart, die dem Geschehen aus der Perspektive der „Human Factors“-Forschung zugrunde liegt. Aus der Kombination von vorherrschenden klinischen Befunden (z. B. Hypotension, Hypoxie, Delir, Koagulopathie) und verschiedenen Fehlerarten (z. B. Management-Fehler, Fehlbeurteilung, Kommunikationsfehler) resultieren in der Matrix mit 43×21 Feldern theoretisch insgesamt 903 verschiedene Fälle. Wir haben nun 100 typische „Fehler und Irrtümer“ aus dem intensivmedizinischen Alltag ausgewählt und in Form der Kapitelnummern der Matrix zugeordnet.

Machen Sie es sich aber zur Aufgabe, die Fehlerarten beim Lesen der Beispiele zuerst selbst zu identifizieren und anschließend erst in die Matrix zu schauen. Vielleicht finden Sie sogar mehr Fehlerarten, als von uns beabsichtigt. Umgekehrt können Sie aber auch gezielt mit Hilfe der Fehlermatrix anhand von bestimmten klinischen Befunden und typischen Fehlerarten direkt nach Fällen suchen, die für Sie interessant sind.

Jeder der 100 Fallberichte ist in der gleichen Struktur aufgebaut: Im Mittelpunkt steht die Schilderung eines Ereignisses, welches sich oftmals aus „heiterem Himmel“ zu einem schweren Zwischenfall entwickelt. Im Anschluss daran wird der Leser

darüber informiert, welche Konsequenzen die Komplikation für den Patienten mit sich gebracht hat. Eine kurze Analyse aus intensivmedizinischer Perspektive beleuchtet medizinische und humanfaktorielle Aspekte der Entstehung des Zwischenfalls. Aufgrund der gebotenen Kürze (die meisten Fallberichte erstrecken sich maximal über eine Doppelseite) kann sich diese Erörterung nur auf die wesentlichen Faktoren beziehen. Dem aufmerksamen Leser werden daher sicher eine ganze Reihe weiterer Aspekte einfallen, die im Kommentar nicht erwähnt werden. Ist dies der Fall, so hat der Fallbericht sein Ziel erreicht: Sie haben sich auf eine intensive gedankliche Auseinandersetzung mit dem Geschehen eingelassen und damit eine der wesentlichen inneren Voraussetzungen für nachhaltiges Lernen geschaffen. Abgerundet wird jedes Kapitel durch einige wenige Literaturverweise, die den Autoren im Hinblick auf die abgehandelte Thematik als wesentlich erschienen und zu einer vertiefenden Lektüre anregen sollen.

Ein Buch wie das vorliegende lebt von der Erfahrung der beteiligten Autoren, die die konkreten Fälle beigesteuert haben. Insofern sind in diesem Buch viele Jahrzehnte Berufserfahrung versammelt. Wir möchten uns bei allen beteiligten Co-Autoren für die konstruktive Zusammenarbeit und die intensiven Diskussionen bei der Entstehung dieses Buches bedanken. Natürlich sind wir auch auf Ihre Kommentare und Verbesserungsvorschläge gespannt, liebe Leser. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viel Vergnügen beim Stöbern in unseren Fallbeispielen!

Ihre
Patrick Meybohm
Ralf Michael Muellenbach
Wolfgang Heinrichs
Richard Schalk
Sebastian Stehr

Herbst 2016, Frankfurt, Kassel, Mainz, Lübeck