

# Vorwort

Menschen machen Fehler aus unterschiedlichen Konstellationen heraus und meist ohne Absicht. In Relation zu der Gesamtzahl aller medizinischen Behandlungen ist die Zahl von Fehlern scheinbar gering. Die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit hingegen ergibt einen anderen Eindruck.

Veränderte gesellschaftliche Situationen, wie ein höherer Anteil älterer Patienten, Patienten mit Multimorbidität, neue Operationstechniken, neue Arzneimittel und multimodale Therapiekonzepte bedürfen einer ständigen Aufmerksamkeit, um Fehler zu vermeiden. Wer aus Fehlern lernt und die Konsequenzen zieht, trägt zur Reduktion der Fehlerhäufigkeit bei.

Ärzte sind verpflichtet, möglichst fehlerfrei zu arbeiten. Die Wahrnehmung eines Schadensereignisses reduziert sich oft nur auf die Feststellung menschlichen Versagens. Dieses subjektive Empfinden trifft chirurgische Fachrichtungen häufiger als andere Medizinbereiche. Die Operation als medizinische Heilbehandlung mit einer eindeutigen Zuordnung von Zeitpunkt, Ort und Ergebnis wird daher häufiger mit einem Fehlervorwurf belastet als beispielsweise die Arzneimitteltherapie. Die unerwünschten Arzneimittelereignisse als schädliche, unbeabsichtigte Reaktion, falsche Dosierungen und Arzneimittelinteraktionen haben meist erst dann juristische oder forensische Relevanz, wenn sie besonders auffällig oder sogar tödlich verlaufen sind.

Die Vielfalt von Fehlern in der Medizin lässt keine komplette Auflistung zu. Das Spektrum der Fehlervorwürfe erstreckt sich auf Komplikationen, Fehldiagnosen, unzureichende Diagnostik, ungenaue Aufklärung, fehlende Dokumentation, mangelnde Sorgfalt und falsche Behandlung.

Komplikationen sind im medizinischen Sinne keine Fehler, sondern Folgen einer entsprechenden Prädisposition des Patienten und/oder von Fehlern, auch wenn z. B. eine nicht konsequente Hygiene, eine zu traumatisierende Gewebemanipulation bei der Operation, eine unpräzise Naht- und Ligaturtechnik als Fehler selten feststellbar sind. Sie können jedoch Ausgangspunkt eines komplizierten Krankheitsverlaufs sein. Komplikationen bedürfen deshalb einer ständigen Qualitätskontrolle.

Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt dann vor, wenn die Behandlung nicht indiziert war, gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen wurde, Aufklärung und Einwilligung fehlen oder indizierte ärztliche Maßnahmen unterlassen bzw. viel zu spät erfolgen. Die häufigen Routinefehler entstehen durch Ablenkung, Arbeitsüberlastung, Unterbrechung der Arbeitsabläufe oder eine oberflächliche Routine. Eine der häufigsten Gründe, die medizinische Fehlleistungen auslösen, ist die mangelnde oder fehlerhafte Informationsübermittlung. Die regelbasierten Fehler entstehen, wenn ein Abgehen von Regeln oder Leitlinien erfolgt. Auf übliche Arbeitsschritte wird in einer Eile verzichtet und wichtige Regeln, wie Patientenidentifikation, Seitenmarkierung, Würdigung aller Labor- und Bildgebungsbefunde, werden nicht eingehalten. Wissens-

basierte Fehler entstehen, wenn mangelndes Wissen oder Fähigkeiten vorliegen. Weiterbildungsdefizite, fehlendes Notfalltraining oder eine mangelnde Supervision begünstigen diese Fehlerart. In Kombination mit schwierigen Begleitumständen, wie Zeitdruck, hohe Arbeitslast, Versagensangst und einem schlechtem Arbeitsklima steigt die Fehlerwahrscheinlichkeit.

Ein Fehlerereignis beeinflusst in jedem Einzelfall das Leben von Patienten, Angehörigen und Ärzten. Jeder Fehler ist eine unnötige Belastung für den Patienten, den Arzt die Pflegekräfte und die Gesellschaft. Der Vertrauensverlust gegenüber einer medizinischen Einrichtung und den behandelnden Ärzten kann darüber hinaus zu umfangreichen juristischen Konsequenzen führen.

Um Fehler zu verhindern, gilt es grundsätzlich für jede ärztliche und pflegerische Handlung die Qualität der Arbeit einer Kontrolle zu unterziehen und bei Komplikationen und bei aufgetretenen Fehlern eine Vermeidungsstrategie zu etablieren. Grundsätzlich gilt es zu bedenken, dass der menschliche aktive Fehler oft die Folge eines latenten Systemfehlers im Vorfeld der Behandlung ist. Deshalb sollten neben den persönlichen Vorwürfen an den behandelnden Arzt die Begleitumstände einer Fehlerentstehung untersucht werden. Präventiv zur Fehlervermeidung sind Teamfaktoren, eine offene kollegiale Kommunikation und Arbeitsbedingungen, die eine sicherheitsrelevante Verhaltensweise ermöglichen. Hierzu gehören eine strukturierte Kommunikation, eine gute Fehlerkultur, eine flache Hierarchie und die Komplikationskonferenz. Eine Darstellung von Beispielen und die Berichte über Fehler in der Medizin schärfen die Aufmerksamkeit, dienen zur Vorbeugung von Fehlern und verringern das Schadensrisiko.

Ein aktives Fehlermanagement dient der Aufarbeitung aller kritischen Vorfälle. Lernen aus Fehlern stärkt das Bewusstsein für fehlerhafte Situationen. Es sollte bedeuten, nicht erst eigene negative „Erfahrung“ als Fehler zu erleben, sondern auch aus Fehlern anderer zu lernen und daraus eine Vermeidungsstrategie zu entwickeln.

In den letzten Jahren ist durch Aktivitäten der Fachgesellschaften, das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Schlichtungsstellen und durch die Ärztekammern viel getan worden, um eine hilfreiche Fehlerkultur in diesem Land zu gestalten. Ein zentrales Register, das für die Weiterbildung zugänglich ist, wäre hilfreich.

Unser Anliegen mit diesem Buch ist es, aus fehlerhaften Einzelfällen, auch mit beabsichtigten Wiederholungen häufiger Fehler, eine höhere Aufmerksamkeit im Sinne von Qualität und Patientensicherheit zu erreichen. Dem Thieme-Verlag danke ich, dass dieses Buchprojekt verwirklicht werden konnte. Ich danke allen Mitautoren dafür, dass sie mit ihren Beiträgen eine Vielfalt von Fehlern dargestellt haben.

Magdeburg, im Mai 2017

Hans Lippert