

Vorwort

Spätestens seit der 1999 erschienen Dokumentation „To err is human“ des Institutes of Medicine, U.S.A., über Fehlhandlungen in der Medizin sind Komplikationen kein Tabu-Thema mehr. Fehlermanagementinstrumente wie das CIRS (Critical Incident Reporting System) wurden übernommen und etabliert, Fehlervermeidungsstrategien im Rahmen eines Risikomanagements entwickelt und standardisierte Prozeduren eingeführt (Checklisten, qualitätsgesicherte Standards). Interessenorganisationen wurden gegründet wie das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., das jährlich einen umfassenden Forschungsbericht nach Durchsicht der internationalen Literatur vorlegt, und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung arbeitet und die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen darstellen soll. Patientenbeauftragte werden eingesetzt. Die Implementierung von qualitätsorientierten Managementsystemen wird gesetzlich gefordert und greift verstärkt im Krankenhaussektor, weniger in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Leider hat sich der Begriff „adverse event“ = „unerwünschtes Ereignis“ und die dahinter liegende Definition des „schädlichen Vorkommnisses, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht; es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein“ in Deutschland nicht durchgesetzt. Stattdessen hat sich das Wort „Fehler“ in den unterschiedlichsten Wortkonstrukten eingebürgert, obwohl Fehler in der deutschen Sprache stark mit der Schuldfrage assoziiert werden. Dies ist aus unserer Sicht bedauerlich; wir halten uns aber an die allgemeine Sprachregelung.

Das Lernen aus Fehlern, eine konstruktive Fehlerkultur und ein professionelles Risiko- und Fehlermanagement sind grundsätzliche Faktoren im Hinblick auf eine verbesserte Patientensicherheit.

Unter dieser Prämisse entstand das Buch „Komplikationen Kompakt in Orthopädie und Unfallchirurgie“. Die Ursachenanalyse von Komplikationen – schicksalhafter Verlauf oder fehlerhafte medizinische Behandlung bzw. Unterlassung – ist dabei unser Grundanliegen. Bei der Veröffentlichung von Komplikationen wird in der Regel nicht zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Komplikationen unterschieden und auch nicht hinterfragt, welche dieser Komplikationen für den betroffenen Patienten relevant sind. Deshalb befasst sich das vorliegende Buch mit der Kernfrage nach Vermeidbarkeit oder Unvermeidbarkeit von Komplikationen. Dies muss ja die zentrale Aussage jeder ärztlichen Begutachtung und der Entscheidungen der Schlichtungsstellen der Ärztekammern und

der Gerichte sein und nicht zuletzt im Interesse der betroffenen Ärzte und Patienten liegen.

Jedes Buchkapitel besteht aus drei Abschnitten. Zunächst werden in einer Tabelle die einzelnen Komplikationen und ihre Häufigkeit aufgelistet und festgestellt, inwieweit sie vermieden, bedingt vermieden oder nicht vermieden werden können. Empfehlungen zur Prophylaxe und zu bewährten Therapieverfahren schließen sich an. Diese Tabellen sind nach bestem Wissen und Gewissen der Autoren erstellt worden. Sie müssen – auch wegen ihrer Kürze – notwendigerweise summarisch sein und können nicht alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren enthalten, die zu Komplikationen führen bzw. die zur Prophylaxe und Therapie jedweder Komplikation eingesetzt werden könnten. Wir verstehen sie vielmehr als die Beschreibung eines Korridors, in dem Orthopädie und Unfallchirurgie gelebt werden.

Im zweiten Abschnitt greift ein Kommentar entweder einzelne Punkte bei Erklärungsbedarf aus der Tabelle auf oder gliedert sich in Fehlerquellen und Komplikationsmöglichkeiten vor, während und nach der Behandlung. Im dritten Abschnitt wird jedes Kapitel durch Zahlenmaterial aus der Norddeutschen Schlichtungsstelle komplettiert. Über 13 000 Entscheidungen wurden hierfür ausgewertet. Die Ergebnisse sind wegen der spezifischen Auswahl der Fälle (die Beanstandungen erfolgten durch betroffene Patienten) mit klinischen Studien nicht vergleichbar. Es zeigte sich, dass die Gewichtung aufgetretener Komplikationen bei den Antragstellern oftmals eine andere war als in einschlägigen Publikationen. Angemerkt sei, dass viele Schlichtungsanträge vermeidbar gewesen wären, wenn sich Arzt und Patient im Sinne einer „Fehlerkultur“ verständigt hätten und nicht aus Uneinsichtigkeit eine Verhärtung der Fronten entstanden wäre.

Wir danken den Autoren der einzelnen Kapitel für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit trotz ihrer beruflichen Belastung. Sie hatten ausschließlich über die schwierigste Seite ihrer ärztlichen Tätigkeit zu berichten und haben sich mit Bravour unserem „Diktat“ einer tabellarischen Erfassung und Bewertung der einzelnen Komplikationen unterworfen.

Dem Thieme Verlag, an seiner Spitze Herrn Dr. Albrecht Hauff sowie Herrn Dr. med. Udo Schiller, Frau Antje-Karen Richter und Frau Elke Plach, danken wir für die stets angenehme und zuvorkommende Zusammenarbeit und die hervorragende Ausstattung des Werkes. Insbesondere gilt unser Dank Frau Silvia Haller, die uns während der gesamten Entstehungszeit des Buches kompetent und guldig betreut hat.

Dieses Buch richtet sich insbesondere an Weiterbildungsassistenten, Ärztinnen und Ärzte als Weiterbilder, Gutachter und Juristen, aber auch an Krankenhausträger und das Pflegepersonal, an Standesvertreter, Versicherer,

Krankenkassen, Haftpflichtversicherungen, Gerichte, Gutachterkommissionen, Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, Qualitätsmanagement- und Patientenbeauftragte und nicht zuletzt an interessierte Laien und Interessenvertreter. Es wäre zu wünschen, dass hierdurch ein Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Betreuung der Patienten und zur Patientensicherheit geleistet wird, eine konstruktive Fehlerkultur in Krankenhaus und Praxis

entsteht und so eines der ureigensten medizinethischen Prinzipien „nil nocere“ neu gelebt wird. Aus dem Wissen heraus, dass die „Vision Zero“ immer eine Fiktion darstellen wird.

*Hannover, München,
im Herbst 2015*

Die Herausgeber