

Vorwort

„Errare humanum est“ – diese dem spätantiken Theologen Hieronymus zugeschriebene Erkenntnis gehört zweifellos zu den universellen Wahrheiten der Menschheit – nur für Ärzte schien sie bis ins 21. Jahrhundert hinein nicht gelten zu dürfen. Aber entgegen der lange gepflegten Vorstellung von Ärzten als „Halbgöttern in Weiß“ unterliegen das Urteilsvermögen, die Kommunikationsfähigkeit und die Selbstreflexion von Ärzten denselben Einschränkungen, wie sie bei anderen Berufsgruppen bzw. Menschen ganz allgemein zu finden sind. Gerade in der technisierten Arbeitsumgebung der Anästhesiologie und Intensivmedizin mit einem hohen Sicherheitsniveau im Bereich der verwendeten Geräte ist menschliches Versagen die Hauptursache für Komplikationen und Zwischenfälle. Dieser Erkenntnis kann sich unabhängig von Erfahrung und Funktion kein Anästhesist entziehen. 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. Noch vor nicht allzu langer Zeit galt in der Medizin das Prinzip der „Null-Fehler-Kultur“. Fehler durften nicht passieren und traten sie doch auf, war der Umgang damit in der Regel durch Schuldzuweisungen an Einzelpersonen geprägt. Diese Kultur des „Sündenbocks“ war bequem, weil man nicht weiter nach Ursachen suchen musste, sobald man einmal den Schuldigen gefunden zu haben glaubte. Für den Rest der Kollegen war die Sache dann erledigt und man war entweder froh, nicht selbst den Fehler begangen zu haben, oder überzeugt, dass einem so etwas ohnehin nie passieren würde. Es ist aber eine Tatsache, dass jedem Fehler passieren können und meistens auch von komplexen äußeren Bedingungen wie Ausbildung, Organisation, Gerätetechnik und Führungsstruktur abhängen. In unserem Fachgebiet werden daher erhebliche Anstrengungen unternommen, um einen transparenteren und auch ehrlichen Umgang mit Fehlern zu etablieren. Einen Meilenstein in dieser Hinsicht stellt sicherlich die Datenbank des Critical Incident Reporting Systems „CIRS-AINS“ dar, dass mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) in vorbildlicher Weise ermöglicht, Fehler, Zwischenfälle und auch Beinahe-Zwischenfälle in anonymer Form im In-

ternet zu veröffentlichen, damit andere Kollegen die Möglichkeit haben, aus den geschilderten Fällen zu lernen. Voraussetzung dafür ist allerdings die Akzeptanz der eigenen Fehlbarkeit, die uns aus unseren Fehlern und aus den Fehlern anderer lernen lässt. Dazu soll die vorliegende Sammlung von 111 Fallbeispielen aus der anästhesiologischen Praxis ausreichend Gelegenheit geben. Die Fallberichte stammen zum Teil aus der CIRS-AINS-Datenbank, wurden von den Autoren so oder in ähnlicher Form persönlich erlebt, oder beruhen auf anonymisierten Berichten. Alle Fallbeispiele beruhen somit auf wahren Fällen, sind im Kern unverändert, aber didaktisch aufbereitet und anonymisiert, um eine Identifikation der Ereignisse und der beteiligten Behandler und Patienten unmöglich zu machen. Ähnlichkeiten mit noch lebenden oder verstorbenen Personen sind also rein zufällig. Bei ausgewählten Fällen ist es uns gelungen, durch Herrn Dr. Biermann und sein Team vom BDA eine Kommentierung der Fälle aus juristischer Sicht anzufügen. Lernen an Einzelbeispielen birgt aber auch Fallstricke. Das Spektrum an Fehlermöglichkeiten in der Anästhesie ist naturgemäß breit und die Bandbreite aller möglichen Fehler kann weder durch Fallberichte noch durch eigene Erfahrungen eines Berufslebens abgedeckt werden. Da wir uns aber Erlebnisse (auch die von anderen) immer besser merken können als Checklisten und Algorithmen, besteht immer die Gefahr, dass wir im Alltag auf Basis dieser begrenzten Einzelfallereignisse handeln und uns unbekannte Fehlermöglichkeiten nicht in unseren Entscheidungsprozess einbeziehen. Um daher den Blick über den persönlichen Tellerrand hinaus zu weiten und um zur systematischen Fehleranalyse und zur Entwicklung von verschiedenen Strategien der Fehlervermeidung anzuregen, wird am Anfang des Buches ein kurzes Kapitel zur allgemeinen Fehleranalyse vorgeschaltet. 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, Fehlpunktion) und verschiedenen Fehlerarten (z.B. Management-Fehler, Fehlentscheidung, Kommunikationsfehler) resultieren in der Matrix mit 36×18 Feldern theoretisch insgesamt 648 verschiedene Fälle. Wir haben nun 111 typische Fehler und Irrtümer aus dem anästhesiologischen Alltag ausgewählt und in Form der Kapitelnummern der Matrix zugeordnet. Machen Sie es sich aber zur Aufgabe, die Fehlertypen 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 für Sie interessanten Fällen suchen. Jede der 111 Fallberichte ist in der gleichen Struktur aufgebaut: Im Mittelpunkt steht die Schilderung eines Ereignisses, das 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 anästhesiologischer Perspektive beleuchtet medizinische und humanfaktorische 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 die zu einer vertiefenden Lektüre anregen können. 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
Michael St. Pierre
Wolfgang Heinrichs
Berthold Bein*

Sommer 2016,
Frankfurt, Erlangen, Mainz, Hamburg