

# Kennen Sie das auch?

Zu sagen: »Ich habe einen Fehler gemacht« – das fällt schwer! Denn die Antwort darauf lautet normalerweise nicht: »Wie gut, dass du es gesagt hast! Jetzt können wir gemeinsam danach suchen, wie wir solche Fehler in Zukunft vermeiden«. Deswegen war es 2008 eine kleine Sensation, als 17 Ärzte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe sich dazu bekannten, Fehler gemacht zu haben. Öffentlich in einer Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, die vom AOK-Bundesverband organisiert und umgesetzt wurde. Unter dem Titel »Aus Fehlern lernen« wurde in einem ganz besonders fehlersensiblen Bereich, der Behandlung und Versorgung kranker, alter und hilfsbedürftiger Menschen, öffentlich gemacht, dass über unerwünschte Ereignisse, Fehler, Schäden und Beinahe-Schäden gesprochen werden muss, um sie vermeiden zu können. Fast nie ist es ein einzelner, der sie allein zu verantworten hat. Kommt es zu einem Fehler, hat er meist eine »unsichtbare« Vorgeschichte, die aus vielen kleinen Fehlern vieler Beteiligten wie z. B. Unterlassungen, Fehlinformationen, Unwissenheit besteht, die nur entdeckt werden können, wenn man offen darüber spricht.

Von der Broschüre des Aktionsbündnisses hin zur Idee dieses Buches, das sich insbesondere an Auszubildende und Studierende in den Gesundheitsberufen wendet, war es kein langer Weg – aber was für ein schwieriger! Sehr bald stellte sich heraus, dass in der Pflege, einer Arztpraxis oder z. B. als Hebamme Tätige noch immer nicht den Mut finden, offen einen Fehler zu bekennen. Nicht einmal dann, wenn am Ende alles gut ausgegangen und niemand zu Schaden gekommen ist. Noch immer scheint die Erwartung übermächtig, auf ein Fehlereingeständnis werde mit Schuldzuweisungen, Vorwürfen und Sanktionen reagiert. In unserem Buch wollen wir nicht nur einzelne Akteure, die sagen: »Ich habe einen Fehler gemacht«, sondern die Fehler selbst »zu Wort kommen lassen«. Denn wir vertrauen darauf, dass jeder Fehler in sich den Keim zu seiner Vermeidung trägt. Nur dann, wenn man offen mit Fehlern umgehen und sich auf eine moderne Sicherheitskultur verlassen kann, können Fehler als Chance für Verbesserungen gesehen und genutzt werden. Davon profitieren nicht nur Patienten und Angehörige, davon profitiert unsere Gesellschaft als Ganzes.

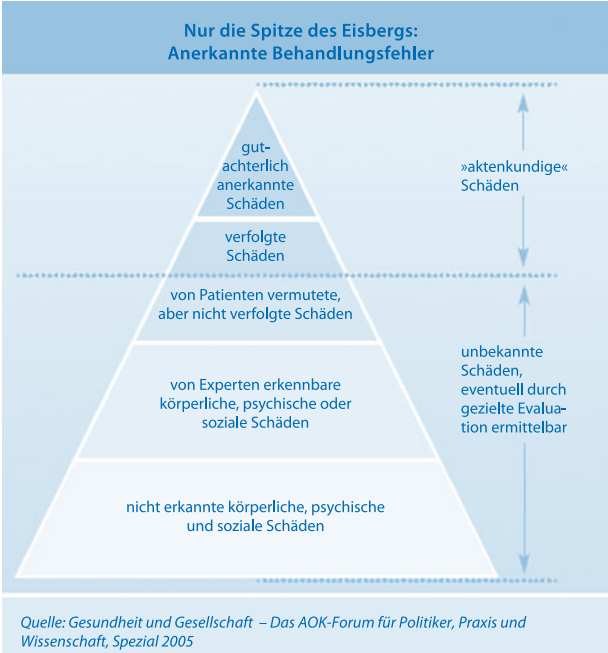
Dr. Judith Borgwart, Kai Kolpatzik

# Fehler – was ist das eigentlich?

*Judith Borgwart*

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und dem AOK-Bundesverband sind die Zahlen über Vorfälle, bei denen in Deutschland im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes Menschen zu Schaden gekommen sind, alarmierend [22]:

- Jedes Jahr infizieren sich 500.000 Menschen mit Krankenhauskeimen.
- 4 % der Patienten bzw. 88.000 Menschen, die in der inneren Medizin aufgenommen werden, sind Opfer gefährlicher Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen. Die Folgekosten, die sich daraus ergeben, werden mit 400 Millionen Euro beziffert!
- Jedes Jahr werden 40.000 Vorwürfe wegen eines medizinischen Behandlungsfehlers erhoben – 12.000 davon werden als solche anerkannt.
- 17.000 Todesfälle, die sich jährlich in deutschen Kliniken ereignen, wären vermeidbar gewesen (■ Abb. 1.1).



■ Abb. 1.1. Spitze des Eisbergs.

## 1.1 Definitionen nach dem Aktionsbündnis Patientensicherheit

---

Die genannten Zahlen machen deutlich: Über Fehler muss geredet werden. Aber was ist eigentlich ein Fehler? Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat 5 Schlüsselbegriffe zum Thema Patientensicherheit definiert.

---

### Definition von 5 Schlüsselbegriffen zur Patientensicherheit

#### **Unerwünschtes Ereignis**

Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

#### **Vermeidbares unerwünschtes Ereignis**

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

#### **Kritisches Ereignis**

Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

#### **Fehler**

Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

#### **Beinahe-Schaden**

Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Nach: »Jeder Tupper zählt« – Glossar zum Downloaden unter [31]

---

## 1.2 Auf der Suche nach geeigneten Definitionen in der Pflege

---

*Die folgenden Ausführungen entstanden auf Basis mehrerer ausführlicher Gespräche mit Frau Dr. Angelika Abt-Zegelin, Departement für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke.*

Meist wird ein Fehler in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung betrachtet, wenn z. B. etwas verwechselt oder falsch gemacht worden ist. Bei genauerer Betrachtung greifen solche »Definitionen« oftmals zu kurz. Denn sie berücksichtigen weder die Verkettung von Umständen, die zu einem Fehler führt, noch unterscheiden sie zwischen den Folgen, die ein Fehler für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten hat.

---

### Kurzfristige und langfristige Folgen von Fehlern

- **In der Medizin:** meist Fehler mit akuten Folgen
  - **In der Pflege:** Fehler mit meist langfristigen Folgen und vorrangig 2 Ursachen:
    - Eine den Patienten gefährdende Situation wird aufgrund fehlenden Wissens nicht erkannt bzw. aus Unwissenheit wird eine Betreuungshandlung durchgeführt, die nicht zum Nutzen des Patienten ist.
    - Für den Patienten und seine Gesundheit förderliche Maßnahmen werden unterlassen.
- 

### Unwissenheit und Unterlassung

---

In der Diskussion um »Pflegerfehler« gilt es, überhaupt erst einmal eine genaue Definition zu finden. Denn fast nie lässt sich eine einzelne »falsche« Pflegehandlung identifizieren, fast immer geht einer Situation, in der ein Patient Schaden nimmt, eine ganze Kaskade von Unterlassungen voraus, an denen oft mehrere Personen beteiligt sind. Kom-

Aus Fehlern lernen - Fehlermanagement in  
Gesundheitsberufen

Borgwart, J.; Kolpatzik, K. (Hrsg.)

2010, XVI, 163 S. 6 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-12622-2