Vorwort

» Warum machen wir Fehler, obwohl wir es gar nicht möchten? «

Diese Frage beschäftigt jeden Arzt irgendwann in seinem Leben, wenn trotz bester Bemühungen etwas schief gegangen ist. Meist sind die Folgen für den Patienten zwar glimpflig verlaufen, jedoch gibt es auch Fälle, die mit schweren Folgeschäden einhergehen oder gar tödlich enden. Der Arzt versteht die Welt nicht mehr, ist er doch angetreten, seinen Patienten zu helfen, nicht aber ihnen zu schaden. Das bekannte »nihil nocere« ist sein Motto. Und nun das!

Hinzu kommt die persönliche Schmach, aber vor allem auch die Anklage durch den Arbeitgeber, die Patienten und ihre Angehörigen. Am schlimmsten ist es, wenn gar dann Staatsanwalt und Gericht drohen und die Presse mit Schlagzeilen auf den Schuldigen zeigt.

Dabei ist ärztliches Handeln nichts anderes als menschliches Handeln – jeder weiß, dass ihm nicht alles gelingt, dass ihm Fehler trotz bestem Bemühen unterlaufen. Warum ist das also bei Ärzten ein Problem?

Der Grund liegt darin, dass nicht ein technisches Werkstück fehlerhaft produziert wurde, das im Rahmen von Garantien ersetzt werden kann, sondern dass es sich um Menschen handelt, die einen Schaden davontragen. Dieser ethische Qualitätsunterschied führt dazu, dass alle Beteiligten fast reflexartig emotional reagieren – überreagieren. Dabei bleibt der Arzt Mensch – und damit prinzipiell fehlerbehaftet in seinem Tun.

» Errare humanum est! Das gilt eben auch für den Arzt. «

Weil aber Emotionen vorherrschen, gibt es praktisch keine Fehlerkultur, wie sie aus vernünftigen Überlegungen und Anerkennung der »Menschlichkeit« der Handelnden in der Industrie längst Einzug genommen hat.

Seit Motorola in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts erstmals darüber Untersuchungen anstellte und Lösungswege aufzeigte, hat sich ein Risikomanagement langsam entwickelt und etabliert.

In der Medizin gibt es das jedoch nicht wirklich – obwohl ein technisches Werkstück letztlich immer nur eine Sache ist und nicht den Wert eines Menschen besitzt.

Warum also gibt es kein funktionierendes Risikomanagement in der Medizin, obwohl es seit 2006 in der Qualitätsrichtlinie für die Medizin vorgeschrieben ist?

Der Grund ist ebenfalls emotional – in deutschen Kliniken – wie auch in der Öffentlichkeit – herrscht meist eine Culture of blame. Das bedeutet, dass derjenige, der einen Fehler eingesteht, gemaßregelt und abgestraft wird. Verständlich, dass versucht wird, den Fehler zu vertuschen, wo es geht.

Dabei kann nur ein offenes Umgehen mit Fehlern deren zugrunde liegende Regelhaftigkeit erkennen lassen, sodass man sie künftig vermeiden kann.

Dass dies funktioniert, lässt sich am Beispiel des erfolgreichen Fehlermanagements der Luftfahrt belegen. Noch vor 60 Jahren war das Reisen mit Flugzeugen eine relativ gefährliche Angelegenheit; Unfälle waren nicht selten. Zwar berichtet auch heute noch die Presse groß über ein abgestürztes Flugzeug, aber verglichen mit den vielen Millionen Flügen pro Jahr sind diese Schlagzeilen doch sehr, sehr selten. Wie kam es dazu?

Konsequentes Berichten von Fehlern und Problemen durch die Piloten und die Crews ist der Schlüssel zum Erfolg. Ohne Sanktionen zu befürchten, konnten Fehler berichtet und so typische Fehlerquellen erkannt und konsequent vermieden werden, indem alle anderen darüber informiert wurden, sodass sie nicht selbst diesen Fehler begingen/begehen mussten, um daraus zu lernen; Crew Resource Management wurde Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts eingeführt und wird seither international gelebt.

Heute hat man endlich auch in der Medizin aus diesen Erfahrungen gelernt und zumindest das CIRS-System implementiert. Allerdings wird es noch nicht flächendeckend und oft nur halbherzig angewandt, zumal immer noch die – z. T. nicht unberechtigte – Sorge vor persönlichen Sanktionen besteht – ganz abgesehen davon, dass derzeit nicht gesetzlich geregelt ist, den Zugriff des Staatsanwalts auf CIRS-Dateien zu unterbinden. Dabei lebt der Erfolg des Fehlerberichts aus der Sanktionsfreiheit.

Analoges gilt auch für das sog. Beschwerdemanagement. Es sollte dazu dienen, Schwachstellen zu erkennen, nicht aber Mitarbeiter zu sanktionieren. Auch hier muss noch ein weiter Weg gegangen werden, bis dies in allen Köpfen, gerade auch in den Verwaltungen angekommen ist.

» Warum also machen wir Fehler? Weil wir eben Menschen sind. «

Dennoch können wir aus Fehlern lernen – Kaizen nennen das die Japaner.

Dieses Buch soll deshalb Ärzte wie Verwaltungen über die Ursachen von Fehlern in der Medizin aufklären und Wege aufzeigen, wie man Fehler prospektiv vermeiden kann (z. B. durch FMEA), aber auch, wie man aus dennoch geschehenen Fehlern (siehe CIRS) für die Zukunft lernen kann.

Dass Risikomanagement keineswegs nur für die Medizin (über-)lebenswichtig ist, verdeutlichen die Kapitel zur Implementierung und Einführung von Risikomanagement und CIRS zum Ende des Buches, die sich vorwiegend mit ökonomischen Belangen befassen.

Hier treffen sich dann die Ansätze von Ärzten und Klinikbetreibern; wenn daraus ein gemeinsames Projekt wird, profitieren alle davon – Patienten, Ärzte, Personal, Verwaltungen, Eigentümer etc.

» Denn – um aus Fehlern klug zu werden, muss man zu ihnen stehen (dürfen). «

So wird es gelingen, die Medizin bei erhaltener Menschlichkeit von Tag zu Tag etwas sicherer und »heilsamer« zu machen – zum Wohle der Patienten, aber auch der Ärzteschaft und Krankenhäuser.

Das Buch schließt mit einem Kapitel über die Ende 2012 verabschiedete DIN-Norm zum medizinischen Risikomanagement. Diese Norm ist bisher weitgehend unbekannt, wird aber mit zunehmender (notwendiger) Umsetzung von Risikomanagementprozessen in den Krankenhäusern an Bedeutung gewinnen. Noch mag dieses Kapitel wie ein Anhang wirken – bald wird es zur Führung werden.

Ich freue mich deshalb, dass es gelungen ist, ein interdisziplinäres Team aus ausgewiesenen Fachleuten auf diesem Gebiet zusammenzubringen, um Theorie und Praxis des Fehler- und Risikomanagements in der Medizin umfassend und verständlich darzustellen.

Nicht zufällig sind dabei deutliche Anleihen bei der Luftfahrt zustande gekommen, denn ärztliches Handeln und fliegerische Leistung sind hochkomplexe Tätigkeiten in z. T. unsicherem Gelände, unter beschränkten Rahmenbedingungen und z. T. zu ungewöhnlichen Tageszeiten, also gegen die innere Uhr.

Allen diesen Kollegen[1] möchte ich an dieser Stelle herzlichst danken, dass sie mit viel Engagement und Herzblut ihre konstruktiven Beiträge in Seminarreihen und nun in diesem Buch geleistet haben. Besonders hervorheben ist, dass die Landesärztekammer Hessen zusammen mit ihrer Akademie, in diesem Buch u. a. vertreten durch ihren ärztlichen Geschäftsführer, Herrn Dr. Kaiser, meine Ideen aufgegriffen hat und großzügig unterstützt.

Weiter möchte ich Herrn Mönner von AIMS Deutschland danken, der die Weitereinwicklung mit organisatorischem Know-how wirkungsvoll verstärkt und begleitet hat. Der große Schritt für eine flächendeckende Seminarreihe wäre ohne ihn nicht möglich gewesen.

Zuletzt danke ich Herrn Hinrich Küster vom Springer-Verlag, den ich angesprochen habe, dieses Buchprojekt zu verlegen, und der nach nur kurzer Überlegungszeit zusagte, dieses zu tun.

Hierdurch wird es möglich, dass das Thema Risikomanagement, das uns Autoren bewegt, auch Sie bewegen und zu positiven Veränderungen in Kliniken und Praxen anleiten wird.

Was aber wäre ein Buch über Risikomanagement, wenn den Autoren nicht selbst bewusst wäre, dass auch sie – und damit Buchinhalte – der »menschlichen« Fehlerhaftigkeit unterliegen? Deshalb bitte ich – auch im Namen aller Autoren und des Verlags – Sie, die Leser, herzlichst darum, uns über den Verlag auf Fehler aufmerksam zu machen, die sich unbemerkt eingeschlichen haben sollten. Gleichzeitig bitte ich Sie ebenfalls, Verbesserungsvorschläge einzureichen. Als Herausgeber habe ich immer ein offenes Ohr dafür.

Wir Autoren wünschen uns im Interesse der Sache eine weite Verbreitung des Buches, vor allem des darin enthaltenen Anliegens, die Medizin sicherer zu machen.

Dr. Walter Merkle
Wiesbaden,
im Sommer 2013

1 Im nachfolgenden Buch wird i. d. R. der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

http://www.springer.com/978-3-642-38044-0

Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus

Merkle, W. (Hrsg.)
2014, XX, 196 S. 23 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-642-38044-0