

Wo Menschen zu Werke gehen, sind Fehler vorprogrammiert – eine Binsenweisheit, die natürlich auch für den medizinischen Arbeitsalltag gilt. Wenn Ärzte sich irren, hat das jedoch relativ einschneidende, wenn nicht gar fatale Folgen, weshalb ihnen Aussergewöhnliches, wenn nicht gar Übermenschliches abverlangt wird.



Laut einer aktuellen Studie (1) von Wissenschaftlern der Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore sind trotz der seitens der Ärzte und der Spitäler verstärkten Bemühungen um eine verbesserte Patientensicherheit die «klassischen» schweren Kunstfehler noch immer alles andere als selten: In den USA lässt schätzungsweise 39-mal pro Woche ein Chirurg einen Fremdkörper im operierten Patienten zurück; etwa 20-mal pro Woche werden falsche Prozeduren und mit der gleichen Häufigkeit zwar die richtigen Operationen, jedoch an der falschen Körperstelle durchgeführt.

Fehler zu machen, desto eher passieren sie. Deshalb ist es für Mediziner besonders wichtig, vermeidbare Stressoren auszuschalten – wie zum Beispiel die Furcht vor Reputationsverlust im beruflichen Umfeld durch eingestandene Irrtümer. Auch in der Schweiz sind in den letzten Jahren vielerorts und auf verschiedenen Ebenen Anstrengungen unternommen worden, um ärztliche Fehler systematisch zu vermeiden. Als Pionier auf diesem Gebiet muss der ehemalige Chefarzt des Kinderspitals St. Gallen und Mitbegründer der Stiftung für Patientensicherheit Beat Kehrer gelten, der die Bedeutung eines vertrauensvollen Arbeitsklimas, in dem Fehler nicht tabuisiert, sondern kommuniziert werden, um gemeinsam daraus zu lernen, frühzeitig erkannt hat. Sein lesenswerter Aufsatz zum Umgang mit «critical incidents» (3) kann auf der Website des Ostschweizer Kispri heruntergeladen werden.

In die gleiche Richtung zielte auch die Intention von COME (4), der weltweit ersten interdisziplinär-wissenschaftlichen Konferenz zu medizinischen Irrtümern, die unter Federführung des Institute of Communication and Health (ICH) der Universität Lugano im März dieses

Zu schweigen ist der grösste Fehler

Insgesamt ereignen sich jährlich mehr als 4000 solcher sogenannter «never-events», also Ereignisse, die unter Beachtung bestehender Vorsichtsmassnahmen eigentlich gar nicht hätten auftreten dürfen. Doch nicht diese schlagzeilenträchtigen Versehen, sondern die vergleichsweise eher «stillen» diagnostischen Irrtümer stellen die häufigsten, kostenintensivsten und gefährlichsten medizinischen Fehler dar, wie eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung ergab, die abgeschlossene, ausbezahlte Schadensfälle in den USA im Zeitraum von 1986 bis 2010 auswertete (2).

Ärzte haben sich dem Credo «primum nihil nocere» verschrieben – und dies durchaus auch im eigenen Interesse: Die Folgen eines schweren Kunstfehlers sind für den Verursacher nicht selten psychisch extrem belastend, sie können empfindliche juristische und ökonomische Konsequenzen nach sich ziehen und damit durchaus auch existenzbedrohend sein. Dies erzeugt zusätzlich enormen Leistungsdruck. Nun liesse sich trefflich streiten, was der Konzentration bei der Arbeit mehr abträglich ist – gemächliche, selbstzufriedene Routine oder permanente Anspannung unter Dauerstress. Klar ist jedoch: Je grösser die Angst davor ist,

Jahres rund 80 Experten aus 16 Ländern auf dem Monte Verità (!), Ascona, zusammenführte. Den Schwerpunkt der gemeinsamen Diskussionen bildeten dabei die Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation vor, während und nach dem Auftreten von Kunstfehlern. Die Organisatoren dieses von der FMH, dem Verband der Schweizer Spitäler H+, der Stiftung für Patientensicherheit und vom Bundesamt für Gesundheit unterstützten Symposiums erwarten, dass die Veranstaltung in Kürze diverse neue wissenschaftliche Publikationen zu diesem Thema hervorbringen wird. Ein Follow-up-Meeting sowie eine Neuauflage des Kongresses in zwei Jahren sind bereits in Planung. Das zumindest kann kein Fehler sein ...

Ralf Behrens

1. Mehtsun WT et al.: Surgical never events in the United States. *Surgery* 2013; 153(4): 465–472.
2. Saber Tehrani AS et al.: 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf* 2013; published online Apr 22.
3. Kehrer B: Zwischenfälle in der Medizin: Irren ist menschlich. Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, www.kispisg.ch/?menu=infocenter&sub=dokumentationen&doc=criticalincidents.
4. «Communicating medical error» (COME), 18.–22. März 2013, Monte Verità, Ascona, www.come.usi.ch.