

Haftpflichtfälle und auch angebliche Behandlungsfehler nehmen immer mehr zu. Die horrende medizintechnische Entwicklung, die steigende Anspruchshaltung der Patienten an das Gesundheitswesen, das veränderte Gerichtsprozessverhalten und nicht zuletzt die reisserische Ausschachtung von Schadensfällen durch die Medien sind verantwortlich. Und wir wissen: Wo immer Menschen tätig sind, entstehen Irrtümer, Nachlässigkeiten, Fehleinschätzungen, Unwissenheit und Selbstüberschätzung. Der Patient kann durch unbeabsichtigte Zwischenfälle gefährdet werden.

In der Medizin war es bis heute schwierig, mit Fehlern umzugehen, weil man zur Perfektion erzogen wurde und Fehler nicht vorkommen dürfen. Kein Arzt ist daran interessiert, seine Fehler einzugestehen, wenn er sich dabei dem Richter ausliefert. Denn anders als in den USA kann in der Schweiz jeder Feh-



Systematisches Erfassen von «Fastfehlern» (CIRS)

In der Anästhesiologie in Basel erkannte man diese Zusammenhänge schon früh. Als Pioniere in der Schweiz haben Scheidegger und Ständer im Bereich der Anästhesie schon vor zehn Jahren ein Critical Incident Reporting System (CIRS) auf elektronischer Basis entwickelt und dann – zusammen mit der FMH – mit einer hohen fach- und berufsgruppenspezifischen Konfigurierbarkeit ausgerüstet (CIRS Medical System). Dieses erlaubt auch anderen Fachgesellschaften den lokalen Einsatz in den Kliniken oder auch den übergreifenden Einsatz in einer landesweiten Registrierung.

Das CIRS ermöglicht somit das systematische Erfassen von «Fastfehlern», also von kritischen Ereignissen, als wichtiges Element einer Sicherheitskultur. Gezeigt hat sich, dass freiwillige und anonyme Systeme am ehesten Systemschwächen aufdecken.

... in einer «No-Blame-Kultur»

Damit ein CIRS aber funktioniert, braucht es eine «No-Blame-Kultur»: Das Spital muss daran interessiert sein zu erfahren, welche Fehler auftreten, und nicht, wer sie gemacht hat. Die Kultur, nicht nach den Schuldigen zu suchen, sondern aufgrund der Fehlermeldung zu eruieren, woher der Fehler kommt, damit er in der Zukunft vermieden werden kann, ist dabei das zentrale Element. Dies setzt ein grosses Vertrauen zwischen allen Mitarbeitern einer Klinik voraus. Das System funktioniert nur, wenn dem Personal regelmässig mitgeteilt wird, welche Meldungen eingegangen sind und welche Konsequenzen für die Sicherheit getroffen wurden.

Mehrere Kliniken und Fachgesellschaften, darunter die Gynécologie Suisse, in der Schweiz haben das CIRS eingeführt; es bleibt zu hoffen, dass es bald weite Verbreitung erfährt.

Prof. Dr. med. Urs Haller

Ehem. Vorsteher Departement Frauenheilkunde
UniversitätsSpital Zürich

Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur

ler zu einer Strafverfolgung führen. Wegen dieser Nullfehlermentalität ist die Diskussion über die Fehleranalyse mit grosser Zurückhaltung besonders in Europa geführt worden.

Zwischenfälle, Risiken und Faktor Mensch

Die grosse Zahl der Fehlleistungen oder Beinahefehler wird nicht erkannt oder schnell vergessen. Deshalb brauchen wir auswertbare Daten über das wahre Ausmass. Eine Orientierung an der Luftfahrt, welche als Pionier für Sicherheit und Meldesysteme gilt, ist sinnvoll, zumal Arzt und Pilot Hochrisikoberufe sind, in denen menschliches Versagen fatal sein kann. In der Fliegerei wird diese Tatsache seit langem akzeptiert, zudem werden Zwischenfälle systematisch gemeldet und untersucht. Sowohl in der Aviatik als auch in der Medizin sind nachweislich drei Viertel aller Zwischenfälle auf den Faktor Mensch zurückzuführen; dabei sind solche Ereignisse fast immer multifaktoriell bedingt. Oft lassen sich die Ursachen auf Störungen im zwischenmenschlichen Bereich im Team zurückführen. Aus der Prozessindustrie ist bekannt, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl unsicherer Handlungen und der leichter bis schwerer Unfälle, inklusive der Todesfälle. Aus der Unfallpyramide von Du Pont wird deutlich, dass durch Reduktion der leichten Unfälle (in der breiten Pyramidenbasis) sich die Zahl der schweren Unfälle massiv reduzieren lässt.