

Gemeinsame Medienkonferenz der GDK und der Stiftung für Patientensicherheit, 2.7.07

Prof. Dieter Conen, Präsident Stiftung für Patientensicherheit

„Menschen machen Fehler“

Diese Lebensweisheit erscheint banal. Von Gelassenheit war aber nichts zu spüren, als das Amerikanische Institut of Medicine 1999 den Bericht „To Err Is Human, Building a Safer Health System“ mit Fehlerzahlen vorlegte. Die Erregung wurde in der Schweiz verstärkt durch eine Umrechnung der Zahlen durch das BAG, die von 3000 Toten aufgrund von Behandlungsfehlern bei uns ausging. Aus dem banalen Satz „Menschen machen Fehler“ wurde eine todbringende Realität. Forderungen nach einer sicheren Gesundheitsversorgung führten zu einer Task Force im Jahre 2000, die Empfehlungen aussprach, welche zur Gründung der Stiftung für Patientensicherheit im Jahr 2003 führten.

Wie steht es mit Fehlern in der Medizin? Jede medizinische Behandlung will die Gesundheit des Patienten verbessern oder erhalten. Nicht jede medizinische Behandlung führt zu dem gewünschten Ergebnis. Es gibt schwere Krankheiten, die einen Heilungserfolg nicht zulassen. Es gibt Behandlungen, bei denen es zu Komplikationen kommt, die auf die Krankheit selbst zurückzuführen sind oder nicht vermeidbare Folgen der medizinischen Behandlung sind. Und schliesslich gibt es Patienten, die durch Fehler zu Schaden kommen, die also einen fehlerbedingten Behandlungsschaden erleiden.

Patientensicherheit setzt bei dem *vermeidbaren* unerwünschten Ereignis an. Als vermeidbar gilt es dann, wenn ein Fehler als Ursache identifiziert werden kann. In der Analyse von Fehlern liegt der Schlüssel zur Entwicklung erfolgreicher Vermeidungsstrategien. Patientensicherheit will Wege aufzeigen, wie Fehler vermieden oder rechtzeitig aufgefangen werden können, so dass sie keinen Schaden beim Patienten anrichten.

„Am Ende steht die Katastrophe“ - gewohnte Sichtweisen

Über Patientensicherheit wird vor allem dann gesprochen, wenn Behandlungsfehler und Schäden öffentlich werden. Das ist gerechtfertigt und verheerend zugleich. Vom Ende her gesehen bleibt nur der Blick auf die Katastrophe. Patient und Arzt sind verunsichert, eine verbesserungsorientierte Aufarbeitung damit massiv erschwert. Die Herausforderung besteht darin, das reale Ausmass zu erkennen und aus den nachträglich nicht mehr zu verhindernden Schadensfällen Lehren für die Zukunft zu ziehen.

„Am Anfang steht ein Neubeginn“ - aus Fehlern lernen

Wer Behandlungsschäden vermeiden will, muss die Ursache ihres Entstehens erforschen. Er muss wissen, wann, wo und unter welchen Bedingungen Fehler möglich wurden. Aus dieser Perspektive können Fehler eine Wertschöpfung hervorrufen. Ihre Analyse öffnet den Blick für die kausale Verkettung von Diagnose – und Behandlungsprozessen, an deren Ende ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis steht. Wer aber Menschen dafür bestraft, dass sie Fehler machen, wird diesen Schatz nicht heben können. Ein grundsätzliches Umdenken ist nötig. Dazu gehört, angelernte Verhaltensweisen, nach denen wir eigene Fehler verstecken und sie stattdessen beim anderen suchen, abzustreifen. Detaillierte Prozessanalysen zeigen, dass Behandlungsschäden meist nicht auf den Fehler eines Einzelnen zurückzuführen sind, sondern am Ende einer Fehlerkette stehen, in welcher die letzte Regelverletzung das Gesamtergebnis kippen lässt. Diese Erkenntnis kann den Einzelnen entlasten

und führt gleichzeitig vor Augen, dass die Behandlung eines Patienten das Gemeinschaftswerk aller Beteiligten ist.

Eine offene Fehlerkultur setzt Vertrauen voraus. Davon profitieren die im Gesundheitswesen Beschäftigten und die Patienten. Wenn es gelingt, Fehler zu vermeiden oder soweit aufzufangen, dass keine Schäden entstehen, dann profitieren Patienten unmittelbar von einer offenen Fehlerkultur. Mittelbar tun sie dies durch die kommunikative Öffnung der sie Behandelnden. Fehleropfer medizinischer Behandlungsschäden zählen das Schweigen der Beteiligten zu den schlimmsten persönlichen Erfahrungen.

Patientensicherheit ist gesellschaftspolitisch relevant, wenn man die strukturellen Probleme in der Gesundheitsversorgung anerkennt. Die Einzelmeldung über einen durch ärztliche Behandlung zu Tode gekommenen Patienten mag die Debatte für kurze Zeit an die Oberfläche spülen, eine langfristige Wirkung aber entfaltet das Thema nur, wenn klar erkannt ist, dass der Einzelfall lediglich die sichtbare Spitze eines sich unter der Wasseroberfläche befindlichen Eisberges ist.

Die Stiftung für Patientensicherheit stellt sich der Herausforderung und folgt damit einer Bewegung, die sich seit einigen Jahren auf internationaler Ebene formiert. Auf die besonderen lokalen Voraussetzungen in der Schweiz nimmt die auf einem Netzwerk gründende Stiftungsstruktur Rücksicht. So versteht sich die Stiftung für Patientensicherheit von Anfang an als Plattform für Verantwortungsträger im Gesundheitswesen. Dem gemeinsamen Willensbekenntnis bei der Gründung und den vorliegenden Leistungsausweisen sollten in den folgenden Jahren Organisationsstrukturen und eine finanzielle Ausstattung folgen, die noch mehr sichtbare und wirksame Taten ermöglichen.