

SÜDWESTRUNDFUNK
SWR2 Wissen – Manuskriptdienst

Aus Behandlungsfehlern lernen
Neue Sicherheitskultur in Krankenhaus und Praxis hilft Patienten

Autorin: Eva Schindele
Redaktion: Detlef Clas
Regie: Tobias Krebs
Sendung: Montag, 14. November 2011, 8.30 Uhr, SWR2

Bitte beachten Sie:

*Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt.
Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen
Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.*

*Mitschnitte auf CD von allen Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen/Aula (Montag bis
Sonntag 8.30 bis 9.00 Uhr) sind beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden für 12,50 €
erhältlich.*

Bestellmöglichkeiten: 07221/929-6030

Kennen Sie schon das neue Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

*Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen
Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen.
Mit dem kostenlosen Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die
zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.
Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de*

*SWR 2 Wissen können Sie auch als Live-Stream hören im SWR 2 Webradio unter
www.swr2.de oder als Podcast nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>*

**Dieses Manuskript enthält Textpassagen in [Klammern], die aus Zeitgründen in
der ausgestrahlten Sendung gekürzt wurden.**

MANUSKRIFT

Sprecherin:

Früher Nachmittag im Nordstadtkrankenhaus in Hannover. In den Operationssaal 5 wird eine stämmige ältere Frau geschoben. Sie hat sich den linken Oberarm gebrochen, der jetzt mit einem Titannagel stabilisiert werden soll. Eine Stunde ist für die Operation angesetzt. Die Patientin liegt bereits in Narkose. Sie wird an die Beatmungsmaschine angeschlossen, Herzschlag und Blutdruck werden auf dem Monitor kontrolliert. Eine OP-Schwester wäscht den Arm der Patientin mit einer braunen desinfizierenden Flüssigkeit und verpackt sie in sterile Tücher. Jeder im Operationssaal hat seine Funktion: die zwei Schwestern, von denen eine für das Anreichen der Instrumente zuständig ist, die Narkoseärztin, der Chirurg und sein Assistent. Bevor der Operateur mit dem Skalpell den ersten Schnitt setzt, fordert er das Team auf, noch einmal kurz innezuhalten.

Mit dem O-Ton Material bitte spielen ...

Cut 3

Chirurg: Machen wir eine Auszeit? ... Schwester: Auszeit Unfallchirurgie. Sind alle Teammitglieder bekannt? Ja

Darüber:

Sprecherin:

Eine der beiden OP-Schwestern liest eine Checkliste mit Fragen vor.

Cut 3

Name der Patientin: Geburtsdatum: 14.2.38. Geplanter Eingriff

Sprecherin:

Einzelne Teammitglieder antworten.

Cut 3

OP-Dauer: 1 Stunde. Körperseite? Links. Voroperationen, die diese Operation beeinflussen? Keine Herzschrittmacher? Nein. Lagerung überprüft? Ja.

Kritische unerwartete Ereignisse erwartet? Nein

OP-Schritt? Keine Dauerkatheter gelegt? Nein?

Nasalkatheter angelegt: Ja

Röntgenschutz Patientin angelegt? Ja

Auszeit beendet

Cut 4: Isenberg

Das ist neu. Das ist systematisch eingeführt worden zur Vermeidung von Fehlern, um die Patienten zu schützen, aber auch um das Personal zu schützen, das in einer arbeitsreichen und auch häufig stressbelasteten Umgebung fehlerfrei oder fehlerarm arbeiten soll.

Sprecherin:

Erst seit ein paar Monaten nehmen sich die Operationsteams diese Auszeit, um noch einmal die wichtigsten Informationen über den Patienten gemeinsam durchzugehen,

erklärt der Chirurg Jörg Isenberg, Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädie im kommunalen Klinikum Nordstadt in Hannover.

Cut 5: Isenberg

Der Zweck ist, dass die beteiligten Arbeitsgruppen untereinander in Kommunikation treten, was sonst nicht routinemäßig im nötigen Umfang geschehen ist. Man stellt sich gegenseitig vor, man stellt die Maßnahmen vor, die man unternehmen möchte, auch die möglicherweise damit verbundenen Komplikationen. Und es sind zum Zeitpunkt der Operation alle überzeugt, dass sie den richtigen Patienten an der richtigen Stelle operieren und dass sie nicht auf unerwartete Ereignisse im weiteren Verlauf treffen werden.

Sprecherin:

Das Krankenhaus Nordstadt beteiligt sich an einem Modellprojekt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, MDK, und der Ersatzkasse KKH Allianz. Ziel ist, die Sicherheit der Patienten und Patientinnen im Krankenhaus zu erhöhen. Lernen will man dabei von dem ausgefeilten Sicherheitssystem bei der zivilen Luftfahrt.

Cut 6: Isenberg

Es gibt im Luftverkehr eine systematische Sicherheitskultur, die wir in dieser Form im Gesundheitswesen nicht übernommen haben, die ... noch in den Kinderschuhen steckt und durch das Abschauen, wie es denn auch anders gehen kann, möchten wir im Sprung weiterkommen und Sicherheitsmaßnahmen auch konsequent im OP und in den stationären Bereichen etablieren.

Sprecherin:

Wie viele Behandlungsfehler in Deutschland passieren, lässt sich nur schätzen. Laut Aktionsbündnis Patientensicherheit, in dem Vertreter vieler Gesundheitsberufe, aber auch Patientenverbände und medizinische Institute organisiert sind, werden fünf bis zehn Prozent aller Krankenhauspatienten geschädigt. Bei 17 Millionen Behandlungen jährlich betrifft das etwa 1 Million Menschen. Für 17.000 Patienten endet der Krankenhausaufenthalt sogar tödlich. Das sind aus internationalen Studien auf Deutschland übertragene Ergebnisse, denn die meisten Behandlungsfehler werden weder bei der Schiedskommission der Ärztekammern noch bei einem Gericht angezeigt. Falls doch, betreffen sie vorwiegend die Chirurgie, Orthopädie und Geburtshilfe. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen, kurz MDK, begutachtet im Jahr einige Tausend Fälle. Martin Dutschek vom MDK Niedersachsen:

Cut 7: Dutschek

Das sind ja dann die Fälle, die die Spitze des Eisberges darstellen, also wo es wirklich dann auch zu Schädigungen gekommen ist – etwa 30 Prozent aller Gutachtungsaufträge. Da konnte wir auch einen vermeidbaren Behandlungsfehler feststellen und wir haben uns gesagt wir wollen es gar nicht so weit kommen lassen wir wollen diese Spitze des Eisberges vorher abschmelzen dass sie gar nicht mehr aus dem Wasser tritt und den Maßnahmen präventiv, die wir hier jetzt auch in diesem Krankenhaus auch umsetzen, vorankommen.

Cut 8: Isenberg

Es sind viel öfter kleinere Dinge an die man gar nicht so sehr denkt. Seltener sind es spektakuläre Abläufe, wo z.B. ein OP-Instrument, ein Bauchtuch oder so etwas

vergessen wird. Wir müssen immer wieder darauf hinweisen, dass Patienten Allergien haben, z.B. auf Bestandteile der Implantate oder Medikamente oder Pflaster – das sind Dinge, die im Alltag viel häufiger zum Tragen kommen als große oder schwierige Komplikationen, bei denen wir bei diesen Maßnahmen denken.

Sprecherin:

Viele Fehler, die in der Medizin passieren, sind auf menschliches Versagen zurückzuführen und auf ein System, in dem Teamarbeit und soziale Kompetenz bisher nicht systematisch entwickelt worden sind. Die Strukturen in den meisten Krankenhäusern sind hierarchisch und am Arzt orientiert. Eine erfolgreiche Operation ist dann der Erfolg eines Chirurgen oder einer Chirurgin und nicht die eines Operationsteams. Läuft etwas schief, wird in der Regel der Arzt oder die Ärztin persönlich beschuldigt, gemaßregelt und manchmal auch gerichtlich zur Rechenschaft gezogen. Chirurg Jörg Isenberg:

Cut 9: Isenberg

In der Medizin war bis dato häufig die Leistung des einzelnen entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg ... Das ist ein System, das lange funktioniert hat, aber sich nicht systematisch auf alle Mitarbeiter übertragen lässt. ... Wir sehen hier eine konsequente Möglichkeit, die Fehlerrisiken in der Fläche zu reduzieren.

Sprecherin:

Internationale Studien zeigen, dass Fehlleistungen einzelner Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen oft von Sicherheitslücken im System Krankenhaus mit verursacht werden. Häufig ist es nur eine Frage der Zeit, bis einer anderen Person ein ähnlicher Fehler unterläuft. Martin Dutschek leitet ein Modellprojekt, das die Sicherheit der Patienten im Krankenhaus in den Mittelpunkt stellt:

Cut 10: Dutschek

Der Mensch ist nicht vollkommen, er hat Begrenzungen. Er hat Limits, das wissen wir. Wir sind mal müde, wir sind mal verärgert, wir sind mal nicht gut gelaunt, wir haben eine Nachtschicht, wir haben nicht gut geschlafen. Das sind alles Faktoren, die sich auf die Sicherheit auswirken.

Sprecherin:

Auch in der zivilen Luftfahrt waren viele Fehler oder Beinahe-Katastrophen auf menschliches Versagen und soziale Störungen in der Crew zurückzuführen. Als sich die Unfälle und Zwischenfälle in den 1970er-Jahren häuften, begann man systematisch Sicherheitsstrategien zu entwickeln, die die menschlichen Schwächen mit einbeziehen und abfedern helfen. Diese Erkenntnisse will man sich nun auch in der Gesundheitsversorgung zunutze machen.

Cut 11: Dutschek

Wir kümmern uns um den Faktor Mensch und versuchen, diese Dinge, die halt nicht perfekt laufen im menschlichen Wesen, die im menschlichen Wesen verankert sind, halt auszugleichen und Systeme drum rum zu bauen das sie vor solchen Dingen halt auch schützt.

Sprecherin:

Im Klinikum Nordstadt sahen sich ein Pilot und ein Mediziner die Abläufe von der Krankenstation bis zum OP genau an und identifizierten mögliche Schwachstellen. Sie

beurteilten vor allem die Übergaben vom Krankenzimmer zum OP als fehlerträchtig, weil dabei wichtige Informationen über den Kranken falsch übermittelt werden oder ganz verloren gehen können. Dies kann schnell zu einem unerwünschten Zwischenfall führen. Deshalb erarbeiteten die Abteilungen gemeinsam eine Strategie, wie solche Mängel in der Kommunikation zukünftig vermieden werden können.

Cut 12: Isenberg

Es gibt hier diese OP-Transfer-Checkliste, die den Patienten begleitet, wenn er von Station zum OP geht. Das startet bei der Pflege, ob Blutgruppen bestimmt sind, ob Zahnprothesen gesichert sind. Es setzt sich dann fort, wenn der Patient eingeschleust wird. Da werden z.B. wichtige Informationen wie Allergie transportiert. Es wird vermerkt, welcher OP-Tisch notwendig ist, um den Patienten adäquat zu lagern und es geht dann weiter in der Einleitung der Narkose. Es sind Fragen, die dem Anästhesisten vorgelegt werden. Zum wiederholten Male die Arzneimittelallergie ... Sind Schwierigkeiten bei der Intubation zu erwarten? Und dann haben wir den OP-Abschlusscheck. Und wenn der Patient den Aufwachraum verlässt, wird noch einmal eine Checkliste bearbeitet bei der geprüft wird, ob die Materialien, die den Patienten begleiten sollen, anwesend sind, ob ein arterieller Zugang, aus dem der Patient noch bluten könnte, entfernt wird oder ähnliches.

Atmo 2: In der Schleuse

Sprecherin:

Hektik im OP-Bereich. Ein Mann mit fahlem Gesicht, vielleicht Mitte 50, wird von der Intensivstation gebracht und in die Schleuse geschoben. Dieser abgeschlossene Raum zwischen Außen- und Operationsbereich soll den OP keimfrei halten. Der Patient muss wegen einer Darmverschlingung notoperiert werden. Um Verwechslungen vorzubeugen, trägt er am Gelenk ein Patientenidentifikationsband – auch das eine neue Maßnahme. Gerade wenn es um Leben und Tod geht, muss die Kommunikation im Team klappen.

[Das weiß auch der Anästhesie-Pfleger Dirk Schäfer, der gerade einen Intubationsschlauch, mit dem die Patienten an die Beatmungsmaschine angeschlossen werden, reinigt.

Cut 13

Wir haben einen Patienten eingeleitet und danach müssen die Geräte alle desinfiziert werden...

Sprecherin:

Der junge Krankenpfleger ist erst seit einigen Wochen im OP tätig. Gerade hat er mit seinen neuen Kollegen und Kolleginnen in einem Patientensimulationszentrum den Ernstfall trainiert. Zur Verfügung standen Übungspuppen, bei der sich auch die Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung des Blutes und die Atemtätigkeit messen lassen. Feedback gab ein Psychologe. Auch ein solches Teamtraining gehört zum Modellprojekt Patientensicherheit.

Cut 14: Schäfer

Was man möchte auch zu formulieren - das auch in vernünftigen Ton zu sagen. Also nicht, dass ich rumschreie. Was ganz interessant war, was der Psychologe gesagt hat dazu: Auf welchem Ohr höre ich es - Mit welchem Mund sage ich es... Der eine hat dann einen relativ pampigen Notarzt gespielt. Der dann halt etwas forscht und

burschikos angekommen ist. Wie komme ich mit dem klar. Dass er mich nicht abbügelt und den Patienten vor die Hütte schmeißt, sondern, dass ich meine Sachen durchkriege ohne, dass ich bedrängt werde und dass ich es selber mache.

Sprecherin:

Wenn man gut im Team zusammenarbeitet und jeder Einzelne auch auf den anderen aufpasst, passieren weniger Fehler. Dagegen fördern starre Hierarchien, wie sie in vielen Krankenhäusern immer noch gang und gäbe sind, keineswegs die Sicherheit für die Patienten.]

Cut 15: Dutschek

Wir haben uns das Schwierigste vorgenommen – hier geht es um das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aber ich denke wir haben hier einen ganz guten Weg gefunden, indem wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Führungsebene immer einbezogen haben. Also wir haben nichts von außen eingeführt haben, ohne es mit ihnen abzustimmen, sondern mit ihnen die Instrumente zusammen entwickelt und die besten Verfahren gesucht, die ihnen helfen. Denn das ist das Wichtigste in dem Projekt, neben den Schutz des Patienten, dass man die Mitarbeiter auch vor den Fallen schützt die das System Krankenhaus ebenso in sich hat.

Sprecherin:

Dieser Ansicht ist auch Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und Pflegedirektorin der Berliner Charité. Sie betont die große Verantwortung der Pflegekräfte im Krankenhaus, die rund um die Uhr für die Kranken da sind und deshalb ganz besonders die Sicherheit der Patienten und Patientinnen im Blick haben müssen. In der Charité werden kritische Zwischenfälle, die zum Beispiel in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation passieren, regelmäßig auf einer Konferenz besprochen. Als Moderatoren sind dafür nicht nur Mediziner, sondern auch Pflegekräfte ausgebildet worden. Hedwig Francois-Kettner:

Cut 16: François-Kettner

Es muss mindestens eine große Konferenz im Monat geben, die auch im Anschluss mit ihren Ergebnissen ausgewertet wird: ... Welche Themen waren es am häufigsten, die behandelt wurden? Welche Probleme sind dabei am häufigsten aufgetreten?

[Sprecherin:

Zum Beispiel: Bei einer Narkose wurden zwei Medikamente in Spritzenform verwechselt, weil sie beide ein ähnliches rotweißes Etikett trugen. Statt Fentanyl, einem opiatähnlichen Schmerzmittel, das die Narkose vertieft, wurde Akrinor gegen niedrigen Blutdruck verabreicht.]

Cut 17:

Wie sind die gelöst worden? Was ist die Empfehlung aus den einzelnen Dingen, die da aufgetreten sind – und so weiter. Damit haben wir ein sehr systematisches Management über schwierige und, ja, schwierigste Fälle einfach implementiert und das bedeutet, dass wir heute aus den Dingen lernen, dass sie einfach anders kommuniziert werden, auch cora Publikum, vor großen Hörsälen, wo unsere Leute natürlich draus lernen.

Sprecherin:

Etliche Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren computergestützte interne Fehlerberichtssysteme eingeführt, die auf Schwachstellen und Probleme aufmerksam machen sollen. Seit 2010 gibt es auch ein bundesweites internetgestütztes Meldesystem, das sogenannte CIRS-Netz. Initiiert wurde CIRS u.a. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Jeder im Gesundheitswesen Tätige kann dort anonym über kritische Zwischenfälle berichten.

Cut 18: Francois-Kettner

Es bringt ...sehr viele Erkenntnisse über Dinge, die auch in anderen Kliniken Probleme bringen. Ich sag jetzt mal ein Beispiel: Es gibt Medikamente, die einmal hoch dosiert und einmal weniger hoch dosiert in ein und dem gleichen Label von den Arzneimittelfirmen herausgegeben werden. Und in einer Notfallsituation geschieht es, da sie schlecht unterscheidbar sind von außen, dass sie verwechselt werden.

Sprecherin:

Ein Beispiel: Eine Patientin sollte das Schmerzmittel Metamizol in Tablettenform verabreicht bekommen. Dies wurde an die Krankenschwester mündlich weitergegeben. Sie aber hatte Metronidazol verstanden, was ein Antibiotikum gegen Parasiten ist. Der Arzt hat das Rezept unterzeichnet. Der Patientin fiel der Fehler vor der Einnahme des Medikaments auf.

Clip 19: François-Kettner

Es ist ein sehr bekanntes Phänomen und wenn zum Beispiel solche Dinge ein oder zweimal aufgetreten sind und die im Meldekreis auch angekündigt sind, dann gehen wir an die Firmen heran und bitten sie, ihre Labels zu ändern.

Sprecherin:

Auch für Hausarztpraxen gibt es ein internetgestütztes und anonymes Fehlermeldeportal. Unter der Internetadresse www.jeder-fehler-zaehlt.de können sowohl Hausärzte und -ärztinnen als auch Arzthelferinnen berichten. Ferdinand Gerlach, Professor für Allgemeinmedizin an der Uni Frankfurt, hat diese Fehlersystem 2004 initiiert.

Cut 20: Gerlach

Es gibt die Möglichkeit, die Fehler frei ins Netz zu stellen. Das ist in der Regel auch der Fall, und dann kann man darüber diskutieren: So ein Fehler ist zum Beispiel in meiner Praxis auch schon mal vorgekommen, oder was uns besonders wichtig ist, wir haben in unserer Praxis diese oder jene Maßnahme ergriffen, um in Zukunft solche Fehler zu verhindern. Es werden also Tipps zur Fehlervermeidung ausgetauscht.

Sprecherin:

Auch in einer Hausarztpraxis beruhen die meisten Fehler und Irrtümer auf mangelnder Kommunikation. Da werden Blutröhrchen vertauscht oder Laborbefunde nicht weitergegeben, Rezepte falsch ausgefüllt oder Patienten im Wartezimmer vergessen. Gerade die Schnittstellen zwischen verschiedenen Fachärzten in und außerhalb des Krankenhauses bergen viele Stolperfallen und Unsicherheiten. Deshalb rät der Medizinprofessor Ferdinand Gerlach den Patienten und Patientinnen, auch selbst wachsam zu sein.

Cut 21: Gerlach

Nehmen Sie aktiv an ihrer Behandlung teil. Lassen sie nicht einfach geschehen, was mit ihnen gemacht wird, sondern versuchen sie zu verstehen warum es gemacht wird, was das Ziel ist. Sorgen Sie dafür, dass alle ihre Ärzte über alle ihre Medikamente Bescheid wissen. Das ist ein großes Problem, das wir an viele Stellen sehen, dass wenn verschiedene Ärzte beim gleichen Patienten verschiedene Medikamente verordnen und nicht voneinander wissen. Wenn man Fragen hat als Patient zum Medikament, zur Dosis zur Dauer, zu den Abständen, wie man es einnehmen soll, dann muss man fragen und das nicht einfach irgendwie machen wie man glaubt, dass es richtig ist. Man sollte auch seine Ärzte darüber informieren, wenn man Allergien hat, damit Ärzte das berücksichtigen können und nicht zum Beispiel eine Maßnahme ergreifen, auf die der Patient allergisch ist.

Sprecherin:

Vor allem chronisch Kranke und Ältere sollten sich einen ärztlichen Ansprechpartner wählen, der über alle Gesundheitsprobleme und die verschiedenen Medikamente Bescheid weiß. In der Regel soll der Hausarzt diese Lotsenfunktion im Gesundheitswesen übernehmen.

Cut 22: Gerlach

Nur wenn einer den Überblick behält, kann er verhindern, dass Patienten die falschen Medikamente bekommen, die sich nicht miteinander vertragen. Und er kann den Patienten auch besser beraten, was für ihn das Beste ist.

Sprecherin:

Gerade die jüngsten Diskussionen über die viel zu vielen Pillen, die ältere Leute verschrieben bekommen, zeigen, dass manchmal die Grenzen zwischen Behandlungsfehlern und falscher Therapie aufgrund ungenügenden medizinischen Wissens fließend sind.

Cut 23: Gerlach

Wir machen gerade bei älteren Patienten jetzt Vorstöße, um die überschießende Zahl verschiedener Medikamente, die ältere Menschen manchmal bekommen zu vermeiden, um sie gezielt mit den Medikamenten zu behandeln, die wirklich notwendig sind und vor einer Übertherapie zu schützen.

Sprecherin:

Auch mit dem besten Fehlermanagement können nicht alle Behandlungsfehler im Krankenhaus und in der Praxis verhindert werden. Das weiß auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Deshalb fordert es, zukünftig mit Behandlungsfehler offener umzugehen und mit den Betroffenen und deren Angehörigen das Gespräch zu suchen.

Atmo 4: Flur Gerichtssaal; darüber:

Sprecherin:

Landgericht Bremen. Die Parteien haben sich vor dem Sitzungssaal versammelt. Auf der einen Seite ein junger Mann im Rollstuhl, um ihn herum Familienmitglieder und Freunde. Auf der anderen Seite Chefärzte einer kommunalen Bremer Klinik.

Atmo 4: Lautsprecheransage ... Schritte

David, soll ich dich schieben ... hier kommst du durch ...

Sprecherin:

David Küpper passt mit seinem Rollstuhl gerade mal so durch den einen Türflügel. Er rollt nach vorne neben die Zeugenbank. Blass sieht er aus. Sein dunkelblondes schütteres Haar hat er streng zurückgekämmt. Er trägt eine Brille, deren rechtes Glas verklebt ist. Der 30-Jährige hat den Chirurgen verklagt, der ihn vor elf Jahren an der Nasenscheidewand operiert hat. Seit dieser Zeit ist er schwerbehindert. Er tut sich auch mit dem Sprechen schwer:

Cut 24: Küpper

Ich hatte vor elf Jahren einen schweren Unfall während einer Operation. ... Ziel der Operation war meine Nasenatmung zu verbessern. Der Fachbegriff ist Septorhinoplastik und bei diesem Eingriff ist es zu einer Schädigung an der Knochenstruktur im Schädel gekommen und dieser Bruch hat eine Hirnblutung bewirkt und unter den neurologischen Schädigungen leide ich zurzeit, sind also eine Halbseitenlähmung, eine Sprachstörung und eine Muskelstörung.

Sprecherin:

Seit zehn Jahren geht nun schon die Auseinandersetzung mit dem Chirurgen. Der bestreitet, dass Davids Zustand auf einen Operationsfehler zurückzuführen ist. Auch die Gutachter sind sich uneins. Zurück bleibt der schwer behinderte Mann, der auf Schadensersatz und eine Rente hofft. Bis heute versteht er nicht die Haltung des Chirurgen.

Cut 25: Küpper

Ich finde es sehr schade, menschlich ..., dass er zu seinem Fehler nicht steht seit 10 Jahren und dass er das jetzt mit Händen und Klauen verteidigt – es macht ihn eigentlich als Menschen für mich nur sehr niedrig.

Sprecherin:

Auch heute informieren die wenigsten Krankenhäuser die Betroffenen oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler oder bieten gar Unterstützung an. Dabei zeigen zahlreiche Studien, dass ein Vertuschen von unerwarteten Zwischenfällen, Patienten zusätzlich zu ihrer körperlichen Schädigung auch noch traumatisieren kann. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit möchte dies mit ihrer Broschüre „Reden ist Gold – die Kommunikation nach einem Zwischenfall“ ändern.
Hedwig François -Kettner:

Cut 26: François -Kettner

Es geht erst mal gar nicht um ein Schuld-Eingeständnis, sondern es geht darum, dass man sagt: Es ist etwas vorgefallen, was wir sofort untersuchen werden und wo wir ihnen zusagen, dass wir es lückenlos aufdecken. Wir müssen uns in aller Form entschuldigen und so weiter und das ist mitnichten so, dass damit eine Haftpflicht nicht mehr einspringt. Das ist einfach nicht so. Und die Haftpflichtversicherungen sagen selbst, vermeiden sie es möglichst, dass es da einfach auch hoch gekocht wird, sondern dass sie wirklich mit dem Patienten mit den Angehörigen schauen, was ist jetzt zu machen ... und wie kann man sich auch verständigen miteinander.

Atmo 1: OP

Sprecherin:

Nordstadt-Klinik Hannover. Operationssaal 5. Inzwischen ist die Stabilisierung des gebrochenen Oberarms abgeschlossen. Die Operation ist ohne Zwischenfälle verlaufen. Der Chirurg hat die letzten Stiche am Oberarm der Patientin gemacht, da ruft er noch einmal das gesamte Team zur Auszeit zusammen.

Cut 27: Chirurg

Machen wir eine Auszeit? ... Schwester: Auszeit Unfallchirurgie.

Sprecherin:

Der Chirurg fordert die OP-Schwester auf, alle Instrumente und Kompressen zu zählen. Nicht, dass im Körper der Patientin etwas vergessen worden ist. Gemeinsam mit der Anästhesistin wird festgelegt, ob die Patientin eine spezielle Schmerzbehandlung braucht. Anschließend wird die Wunde verbunden und der Arm ruhig gestellt. Die Patientin wird in den Aufwachraum geschoben, wo sie demnächst aus ihrer Narkose aufwachen und noch ein bis zwei Stunden bleiben wird, bis ihr Zustand stabil ist. Für dieses OP-Team war das heute die letzte Operation.

Cut 28: Dutschek

Es gibt da die Kostenrechner, die einen sehr starken Einfluss in den Krankenhausmanagements haben und die rechnen halt vor: Jetzt müssen wir halt so und so viel Euro in die Fortbildung von Mitarbeitern oder in die Installation von bestimmten Maßnahmen investieren. Und da gibt es wirklich welche, die sagen: Na ja, wir lassen es laufen und wenn dann halt ein Schaden eintritt, dann zahlen wir halt eine höhere Haftpflichtprämie und dann ist es immer noch günstiger.

Sprecherin:

In Deutschland steckt die Patientensicherheit noch in den Kinderschuhen. Laut Krankenhausbarometer hatten 2008 nur 40 Prozent der Krankenhäuser ein Risiko- und Fehlermanagement. Dabei zeigen Studien aus den USA und Österreich, dass sich Investitionen in die Patientensicherheit lohnen und die Zahl der Behandlungsfehler dadurch sinkt.

In der zivilen Luftfahrt gibt es eine gesetzliche Verpflichtung, Zwischenfälle zu melden. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Wolfgang Zöllner will ein flächendeckendes Fehlerberichts- und Lernsystem auch im Gesundheitswesen verpflichtend machen, so wie es auch jetzt schon in Einzelfällen gut funktioniert, wie zum Beispiel „jeder-fehler-zählt“, das Meldesystem der Hausarztpraxen. Noch liegt das Patientenrechtegesetz nicht einmal im Referentenentwurf vor, schon melden sich viele Bedenkenräger, fürchten Ärzte, sie könnten an den Pranger gestellt werden oder eine Prozessflut würde auf die Krankenhäuser zukommen.

Cut 29: Dutschek

Ich verstehe nicht, warum der Gesetzgeber den Fluggast mehr schützt als den Krankenhauspatienten. Das klingt vielleicht ein bisschen drastisch, soll aber ausdrücken: In der Luftfahrt hat der Gesetzgeber ganz strenge Regeln eingeführt, und Limits gesetzt. Und wenn die nicht erbracht werden, dann darf eine Airline nicht fliegen. Und im Krankenhausbereich stehen wir erst am Anfang dieser Überlegungen. Wir schauen sehr auf die Ergebnisqualität – wie geht eine Operation aus – aber schauen uns nicht an, wie der Prozess dahin geht und wie die Strukturen sind, und das ist etwas wo ich denke, da werden wir neue Türen im Bereich der Qualitätssicherung der

Krankenhäuser aufstoßen. Und das werden viele Krankenhäuser auch ohne den Druck des Gesetzgebers machen.

* * * * *