



Reden rettet Leben

**Aus Schaden wird man klug -
das gilt auch in der Medizin**

VON ANKE NOLTE

Noch vor wenigen Jahren undenkbar: Ärzte und Pflegende berichten offen über Fehler. Doch nur aus Fehlern, die man als solche erkennt, kann man lernen – und sie in Zukunft vermeiden. Heute setzen sich immer mehr Ärzte und Pfleger dafür ein, dass über Irrtümer gesprochen wird – zum Wohle der Patienten. Dafür sind sie auch bereit, über eigene Fehler zu sprechen. So wie diese drei mutigen Vertreter ihrer Zunft:

Die vertauschte Patientin

PROFESSOR EMILIO DOMINGUEZ, *Chirurg. Für die Einführung eines der ersten Fehlerberichtssysteme am Universitätsklinikum Marburg wurde Dominguez 2008 mit dem Müller-Osten-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgezeichnet. Der Preis dient der Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, die sich um Geschichte, Zukunft, ethische Grundlagen oder Qualitätssicherung in der Chirurgie bemühen.*

An jenem Tag vor ein paar Jahren gab es viele Notfälle. Als ich um 16 Uhr den Bereitschaftsdienst antrat, wusste ich, dass zahlreiche Operatio-

die Frau, die hier vor mir lag, war übergewichtig!

Ich habe mich so gewundert, dass ich in der Patientenakte nachgeschaut habe, die jeder Patient bei sich hat. Mich traf fast der Schlag. Die Frau, die ich vor mir hatte, war nicht die vorge-sehene Patientin! Sie war gar kein Notfall, sondern hätte im planmäßigen Tagdienst am Darm operiert werden sollen. Doch etwas war dazwischengekommen und der Eingriff auf den folgenden Tag verschoben worden. Aufgeregt rief ich auf der Station an: „Ihr habt mir die falsche Patientin geschickt!“ Es stellte sich heraus, dass es sich tatsächlich um eine Verwechslung handelte. Die „falsche“ Patientin

kam von der gleichen Station wie die „richtige“, musste sich ebenfalls einer Darmoperation unterziehen, litt aber nicht an einem lebensbedrohlichen Darmverschluss.

Beinahe hätte ich zu Schnitten angesetzt, die nicht mehr rückgängig zu machen gewesen wären.

Wie hatte das passieren können? Ich fange mal bei mir selber an. Ich habe mich anstecken lassen von dem Ziel, möglichst bald fertig zu werden. Denn es gab eigentlich die Regel, dass der Operateur zu Beginn seiner Schicht alle zu operierenden Patientinnen und Patienten auf der Station besucht. Nicht aus lauter Nettigkeit, sondern eben auch, um die Identität der Patien-

ten sicherzustellen und um die Diagnose zu überprüfen. Dies aber hatte ich aus Zeitgründen unterlassen.

Das alleine hätte allerdings noch nicht zu dieser Verwechslung geführt, es kamen mehrere Versäumnisse zusammen: zum Beispiel Kommunikationsdefizite, denn die Pflegekräfte auf der Station wussten über die Verschiebung der eingeplanten Operation nicht Bescheid. Zudem waren nicht alle darüber informiert, dass zu der Patientin mit dem verschobenen Eingriff eine Notfallpatientin mit einem Darmverschluss auf der Station aufgenommen worden war. Hinzu kam, dass die „falsche“ Patientin offensichtlich zu allem Ja sagte – auch zum falschen Namen bei der Frage: „Sind Sie Frau Müller?“.

Keiner hat einen richtig dicken Bock geschossen, aber alle sind ein klein wenig unachtsam gewesen. Es war schieres Glück, dass es nicht zu einer Katastrophe gekommen ist. Die Strafe für all unsere Versäumnisse: Statt flott fertig zu werden, hatten wir an diesem Tag eine OP mehr zu bewältigen. Denn da die Frau, die vor mir lag, schon narkotisiert war, haben wir sie natürlich noch operiert, und zwar an der richtigen Stelle. Die echte Notfallpatientin kam selbstverständlich auch noch dran.

Als diensthabender Chirurg galt ich als der Schuldige für diesen Vorfall und wurde zur Klinikleitung zitiert. Das war mir sehr peinlich, aber als Chirurg muss man ein dickes Fell haben.

Solche Beinahe-Katastrophen sind übrigens allen, die sich mit Fehler-

Wie häufig sind Fehler in der Medizin?

▷ **Zahlen:** Das Aktionsbündnis Patientensicherheit – 2005 von Vertretern der Gesundheitsberufe, ihren Verbänden und der Patientenorganisationen ins Leben gerufen – schätzt, dass in Deutschland 17 000 Todesfälle pro Jahr in den Krankenhäusern vermeidbar wären. Für eine Vielzahl davon sind im Krankenhaus erworbene Infektionen verantwortlich. Im Jahr 2010 sind rund 11 000 Vorwürfe von Patienten gegen niedergelassene und Krankenhausärzte bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen eingegangen. In 2157 Fällen wurden Mängel bei der Risikoaufklärung oder Behandlungsfehler festgestellt. Darunter falsche Diagnosen, Fehler in der Arzneimitteltherapie, Eingriffsverwechslungen oder unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im operierten Bereich. **AN**

HEUTE SAGE ICH: REDEN IST SILBER, SCHWEIGEN IST MORD

nen anstanden. Dem ganzen OP-Team war klar, dass wir uns sputen mussten, wollten wir nicht die ganze Nacht durchoperieren. Wir hatten ja schon einen Arbeitstag hinter uns!

Als die erste Patientin in den OP-Saal gefahren wurde – sie war schon in Narkose –, bin ich stutzig geworden. Hatte ich bei der Besprechung etwas falsch verstanden? Hatte ich mich verhöört? Der Stationsarzt hatte doch erwähnt, dass die Notfallpatientin mit dem Darmstillstand schlank sei. Doch

und Sicherheitskultur beschäftigen, am liebsten. Man hat noch einmal Schwein gehabt, die Sicherheitslücken haben sich sozusagen rechtzeitig aufgetan, und man kann daran arbeiten, sie zu schließen.

Das Allerwichtigste, was ich aus diesem und vielen weiteren solchen Ereignissen gelernt habe, ist, dass wir im Krankenhaus über Fehler sprechen müssen. Ich bin mit dem Spruch aufgewachsen: „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.“ Heute sage ich: „Reden ist Silber, Schweigen ist Mord.“ Das gilt zumindest im Krankenhaus.

Das falsche Medikament

HARALD KIECKBUSCH, Anästhesiepfleger. Kieckbusch leitet eine Gruppe von etwa 50 Anästhesie-Pflegekräften an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Als 2004 das Universitätsklinikum als eines der ersten Häuser in Deutschland ein Fehlermeldesystem einrichtete, war er dabei.

Es passierte vor etwa sechs Jahren: Auf dem Narkosewagen hatte ich die 15 Spritzen, die ich für die Narkose brauche, wie immer nebeneinander aufgereiht. Und zwar in der Reihenfolge, in der ich sie voraussichtlich spritzen würde: zunächst eine kleine Dosis eines Mittels, das die Muskeln erschlaffen lässt, dann die Schmerzmittel, danach die eigentlichen Schlafmittel, außerdem Kreislaufmittel und Kochsalzspritzen, um die Venen frei zu spülen.

Als der Patient vor uns lag, fragte ich den Narkosearzt: „Alles wie immer?“ Er nickte. Wir sind beide schon lange im Geschäft, und es war ein Routineeingriff. Also spritzte ich dem Patienten auf Anordnung des Anästhesisten die üblichen Mengen in der üblichen Reihenfolge. Nachdem ich das – vermeintliche – Schlafmittel injiziert hatte, warteten wir darauf, dass der Patient innerhalb von zehn Sekunden tief eingeschlafen war und die Atmung einstellte – die Sauerstoffmaske lag schon bereit. Doch das passierte nicht!

Wie viele Hunderte oder sogar Tausende Male hatte ich den Ablauf einer

[[1L]]



Narkose schon erlebt. Ich brauchte ein paar Sekunden, um zu verstehen, dass es dieses Mal anders lief als sonst. Der Narkosearzt und ich schauten uns an. Wir forderten den Patienten auf, einmal tief Luft zu holen und erwarteten, dass er dazu nicht mehr in der Lage sein würde – doch er kam der Aufforderung nach! Irgendetwas stimmte nicht. Mein Blick ging zum Narkosewagen, auf dem das Spritzen-Set lag. Ich erschrak: Da lag noch die Spritze mit dem Schlafmittel. Stattdessen hatte ich Kalzium, eines der Herz-Kreislauf-Mittel, gespritzt!

Besorgt überprüften wir, wie es dem Patienten ging: Herzfrequenz und Blutdruck stiegen bei ihm an, aber glücklicherweise nur mäßig. Doch was wäre passiert, wenn ich zu einer anderen Spritze gegriffen hätte, beispielsweise zu dem Herz-Kreislauf-Mittel Adrenalin? Das wäre für den Patienten lebensgefährlich geworden. Adrenalin hat einen exorbitanten Blutdruckanstieg zur Folge, und die Herzfrequenz wäre extrem hochgeschwungen. Und wer spritzt, hat Schuld.

In diesem Fall ist die Verwechslung noch mal gut gegangen. Ich habe das Schlafmittel gespritzt, und der normalerweise zu erwartende Blutdruckabfall ist nicht eingetreten. Es war eben – aus Versehen – andersherum: erst das Kreislauf-, dann das Schlafmittel. Danach verlief alles problemlos.

Am nächsten Tag habe ich den Vorfall in unser Fehlermeldesystem eingegeben und die Rückmeldung bekommen, dass solche Verwechslungen auch schon in anderen Bereichen vorgekommen sind. Als Hauptursache identifizierten die Experten aus dem Risikomanagement die Farbgebung der Klebetiketten. Das Schlaf- und das Kreislaufmedikament auf meinem

ICH ERSCHRACK. DA LAG NOCH DAS NARKOSEMITTEL

Narkosewagen hatten damals gelbe Etiketten, die zudem relativ klein am unteren Rand der Spritze klebten und allesamt schwarz beschriftet waren. Zudem hatten beide Spritzen die gleiche Größe. Es wurde klar: Eine umfassende Lösung für die gesamte MHH musste her!

Die MHH hat zwei Jahre an einem neuen Etikettensystem gearbeitet – das hat uns viel Schweiß und Tränen gekostet –, und gerade als wir fertig waren, kam eine international anerkannte Standard-Etikettierung nach ISO-Norm heraus. Also haben wir noch mal umgestellt. Die Medikamente sind jetzt in Gruppen eingeteilt. Die Schlafmittel tragen weiterhin ein gelbes Etikett, die Kreislaufmittel für die Anästhesie wurden noch einmal unterteilt in Hormone, Elektrolyte und Sonderfälle wie beispielsweise

Was können Sie als Patient tun?

▷ Achten Sie darauf, dass Ihr **Vor- und Nachname** richtig ausgesprochen und geschrieben werden und weitere Angaben richtig verstanden worden sind. Das gilt bei der Aufnahme genauso wie beim Aufklärungsgespräch.
▷ Bringen Sie sich in den **Diagnose- und Behandlungsprozess** aktiv ein: Was wird wa-

rum und wann gemacht? Fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen.
▷ Haben Sie den **Verdacht**, dass etwas schief läuft oder -gelaufen ist: Sprechen Sie mit dem Pflegepersonal oder dem Arzt. Bitten Sie darum, dass Ihren Bedenken nachgegangen wird. Wenn das nicht passiert, können Sie sich an die Beschwerdestelle bezie-

hungsweise den Patientenbeauftragten des Krankenhauses wenden.
▷ **Kontaktadressen** im Schadensfall wie Schlichtungsstellen und Ärztekammern finden Sie im Internet unter: www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de. Suchen Sie vor einem solchen Schritt aber immer das direkte Gespräch mit dem Arzt. AN

Adrenalin. So hat das Kalzium heute ein grün-rotes Etikett, das Adrenalin ist am rosa Etikett zu erkennen.

Die MHH hat es geschafft, dieses System bis Januar 2011 überall einzuführen. Eine Verwechslung wie vor sechs Jahren könnte mir heute nicht mehr so leicht passieren.

Das verwechselte Knie

PROFESSOR HARTMUT SIEBERT, Chirurg. Als Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) setzt sich Professor Siebert schon seit einigen Jahren für die Patientensicherheit ein. So bietet die DGU ein Simulationstraining an, bei dem Chirurgen, Notärzte, Anästhesisten und Rettungsdienstpersonal die Notfallbehandlung von Unfallverletzten üben können. Seit Mai 2011 ist Siebert stell-

vertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Als ich in den OP-Saal gerufen wurde, war der Patient bereits mit einem sterilen Tuch bedeckt. Es handelte sich um einen stadtbekanntem Fußballspieler, der sich eine Verletzung am rechten Knie zugezogen hatte. Bei der Voruntersuchung war kaum etwas zu sehen gewesen, das Knie war nicht geschwollen. Ich vermutete einen Meniskusschaden, begann im OP mit der Kniespiegelung und fand am Innenmeniskus tatsächlich Veränderungen – ausgefranste Gewebeteile, welche die Schmerzen verursacht haben konnten. Also trug ich dieses Gewebe ab. Nach einer halben Stunde war der Eingriff erfolgreich beendet.

Später an jenem Tag operierte ich gerade einen weiteren Patienten, als mich die Nachricht erreichte, dass der

Fußballspieler sofort einen Arzt sprechen wollte: Man habe ihm das falsche Knie operiert. Ich war völlig aufgewühlt, brachte die OP noch zu Ende und ging hinunter in den Aufwachraum zu dem Patienten. Der war außer sich. Ich auch, muss ich sagen. Denn er hatte recht. Ich gab den Fehler zu und entschuldigte mich.

Am Abend versuchte ich mit meinem Kollegen zu rekonstruieren, was passiert war. Es stellte sich heraus, dass ein Kollege, zuständig für die Lagerung des Patienten im Operationssaal, sich verlesen hatte. Denn die rechte Seite war korrekt in den Akten und im OP-Plan vermerkt. Der Kollege hatte keine Erklärung dafür, wie ihm das passieren konnte. Sicherlich spielte der Zeitdruck eine Rolle, es musste schnell gehen – wie immer. Aber ich hätte mich vergewissern müssen: War das wirklich das richtige Knie? Als Chefarzt trug ich die Verantwortung für den Vorfall.

Am folgenden Tag beschlagnahmte die Staatsanwaltschaft die Akten, mir wurde fahrlässige Körperverletzung vorgeworfen. Einen Tag später berichtete die Lokalzeitung darüber. Im Nachhinein denke ich, war es vielleicht sogar hilfreich, dass der Vorfall

so schnell publik wurde. So kam gar nicht erst der Gedanke auf, diesen Fehler unter den Teppich zu kehren.

Wir haben in der Klinik unsere Lehren daraus gezogen. 20 Jahre bevor das Thema Fehlerkultur und Patientensicherheit öffentlich diskutiert wurde, haben wir Vorsichtsmaßnahmen getroffen: Wir führten ein, dass die zu operierende Körperseite mit einem nicht abwaschbaren Stift markiert wird, dass vor dem Eingriff noch einmal ein Pfleger oder Arzt nach den Daten des Patienten fragt und dass das Röntgenbild mit in den Operationssaal genommen wird. So können unmittelbar vor Beginn des Eingriffs noch einmal alle Daten abgeglichen werden.

Die Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren glücklicherweise bald ein und alles konnte über die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses geregelt werden. Ich war erleichtert. Was mich bis heute – 20 Jahre nach dem Ereignis – beschäftigt: Ich habe mit dem Patienten nie mehr sprechen können und weiß nicht, wie er das Ereignis verarbeitet hat. Sein Hausarzt hatte ihn damals in eine andere Klinik überwiesen. Ich weiß nur: Er hat wieder Fußball gespielt.

Mein Mann Wayne ist ein begeisterter Angler und hält sich gern in der Natur auf. Seine Lust auf einen Ausflug zum Zelten in den Wäldern Nord-Manitobas, in denen noch viele Bären leben, hielt sich jedoch in Grenzen. Ich versuchte ihn zu überzeugen, dass er bei seinen beiden Begleitern – einem ausgezeichneten Kenner der Gegend und einem professionellen Bärenjagd-Führer – in guten Händen sei. Schließlich willigte er ein: „Aber ich schlafe in der Mitte“, betonte er.

Beverley MacGhie, Kanada