

Panorama vom 02.02.2017

Tod aus Versehen: Warum Krankenhäuser nicht aus Fehlern lernen

Anmoderation

Anja Reschke

Schere im Bauch vergessen, falsches Bein amputiert, schlechte Behandlung. Die Berichte über Fehler in Krankenhäusern füllen seit Jahren Zeitungen und Fernsehsendungen. Aber nichts ändert sich. An schlechtem Personal liegt es nicht, wir haben viele sehr gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte. Fehler passieren. Aber viele wären auch vermeidbar: Wenn man offen mit ihnen umgeht, analysiert, woran es gelegen haben könnte, daraus lernt und diese Erkenntnisse an andere Ärzte weitergibt. Aber das passiert nicht immer, vor allem nicht automatisch. In Deutschland gibt es nicht mal Zahlen darüber, wie viele vermeidbare Fehler in Krankenhäusern passieren. Sicherheit in Krankenhäusern wird nicht ernst genommen. Und deshalb passieren die gleichen Fehler immer und immer wieder.
Edith Heitkämper und Brid Rösner

Alles beginnt mit einem Arbeitsunfall. Auf dem Wochenmarkt rollt Tina Havemeister eine Schublade über den linken Zeh. 80 Kilo zertrümmern das Gelenk.

O-Ton

Tina Havemeister:

„Das war natürlich eine Wahnsinns-Druckstelle, die natürlich auch hier unten am Zeh selber höllische Schmerzen bereitet hat.“

Tina Havemeister geht zum Arzt. Mit einer OP will der ihren linken Zeh wieder richten. Im Krankenhaus markiert ein Stations-Arzt ihr linkes Bein. Damit der Kollege später im OP weiß, welches der richtige Fuß ist. Ihren Operateur selbst sieht sie vor dem Eingriff nicht.

O-Ton

Tina Havemeister:

„Dann habe ich halt gelacht und gesagt, ich habe ein gesundes und ein krankes Bein. Das wird jawohl auseinander zu halten sein. Ich bin ja keine Krake. Es war amüsan und hinterher halt nicht mehr.“

Sie selbst malt auch noch ein zusätzliches Kreuz auf ihren linken Spann. Und trotzdem – gleich nach der OP der Schock. Ein Assistenzarzt ist mit ihr im Aufwachraum.

O-Ton

Tina Havemeister:

„Falscher Fuß!“ Und dann ist er nach unten an den Fuß gegangen, hat diese Wärmedecke von dem anderen Fuß genommen und hat gesagt: „Ach du Scheiße!“

Der falsche Fuß: Tina Havemeister besteht darauf, dass sie sofort noch einmal operiert wird – am richtigen Zeh!

Der Arzt hat sich entschuldigt. Brachte Blumen: Und auch das Lubinus Clinicum bedauert den Behandlungsfehler zutiefst, zahlt ihr umgehend eine Soforthilfe. Und schreibt uns: Man

ärgere sich über dieses menschliche Versagen. Und man habe weitere Sicherheitsvorkehrungen getroffen.

Fehler sind menschlich. Aber manche wiederholen sich, sind vermeidbar. Am Uniklinikum Greifswald hat man systematisch Fehler ausgewertet und daraus Schlüsse gezogen: Jetzt ist es hier etwa Pflicht, dass der Operateur seinen Patienten kurz vor der OP persönlich trifft.

O-Ton

Prof. Claus-Dieter Heidecke, Chirurg, im Gespräch mit Patienten:

„[...] dann haben Sie hier den Rippenbogen. Der Zugang wäre in etwa so und ich zeichne den mal so an, damit sie am Ende dann auch unverwechselbar sind. In etwa so.“

Professor Heidecke und sein Team machen das freiwillig, eine bundesweite Vorschrift gibt es nicht.

O-Ton

Prof. Claus-Dieter Heidecke, Chirurg:

„Da sagen schon einige, das ist aber viel, was ihr da macht. Auf der anderen Seite, ich glaube, insbesondere durch diese Arbeitsverdichtung, die wir hier haben, und die Tatsache, dass ja viele Patienten am Tag der Operation erst kommen, ist es ganz essentiell, dass man den Patienten vorher noch einmal gesehen hat.“

Die Methode: Fehler systematisch erfassen, auswerten und die Arbeitsabläufe ändern. Wenn die Lösung also klar ist, warum machen das nicht alle Kliniken? Es gibt keine bundesweite Vorschrift, dass der Operateur den Patient vorher sehen muss. Also sparen sich manche den Aufwand und hoffen, dass keiner die Fehler bemerkt.

O-Ton

Dr. Marcus Rall, Institut für Patientensicherheit:

„Leider ist die Sicherheit nicht die oberste Priorität in den meisten Krankenhäusern. Das liegt aber eben am System auch, wie die Finanzierung ist. Wenn man das vergleicht, wenn eine Fluggesellschaft, wenn denen ein Flugzeug abstürzt, dann kostet das die Fluggesellschaft ganz viel Geld. Wenn ein Krankenhaus einen Fehler macht, in der Notaufnahme ein Patient zu Schaden kommt, was nicht hätte sein müssen, kostet es das Krankenhaus oft nichts. Und dadurch ist natürlich das Interesse auch nicht primär finanziell da, diese Schäden zu verhindern.“

Während in der Luftfahrt eine komplette Fehlerdokumentation vorgeschrieben ist, fehlt in Kliniken eine bundesweite Erfassung. Und so wiederholen sich seit Jahren die Meldungen über vermeidbare Behandlungsfehler. Dabei gibt es noch nicht mal genaue Zahlen.

O-Ton

Dr. Marcus Rall, Institut für Patientensicherheit:

„Man geht davon aus, dass in Deutschland 15.000 bis 30.000 Patienten versterben an vermeidbaren Fehlern und das ist sozusagen noch die kleinere Zahl. Wahrscheinlich sind es 300.000 schwere Schäden, die jedes Jahr passieren, die vermeidbar wären.“

Hunderttausende vermeidbare Fehler! Nur wenn man solche Fehler sichtbar macht, kann man daraus lernen. Man müsste sie sammeln, in einer übergeordneten Datenbank.

Häufungen erkennen, Abläufe verändern. Zwar haben Kliniken schon einzelne Risiko-Meldesysteme, aber die Umsetzung wird nicht kontrolliert. Daten werden nicht zentral gebündelt und ausgewertet.

O-Ton

Ilona Köster-Steinebach,
Verbraucherzentrale:

„Eine zentrale Fehlermelde-Datenbank hätte vor allen Dingen den Vorteil, dass aus den Fehlern gelernt werden kann. Ein Fehler, der in einem Krankenhaus passiert, muss in einem anderen nicht noch mal passieren. Es muss nicht ein weiterer Patient darunter leiden.“

Dabei geht es nicht darum, den einzelnen Arzt an den Pranger zu stellen, sondern Strukturen zu schaffen, die Fehler vermeiden.

Norbert Reich ist vor gut einem Jahr gestorben. In einem im Krankenhaus. Durch vermeidbare Fehler dort, glaubt seine Frau. Eines Nachts bekommt er Fieber, ist verwirrt. Renate Reich entscheidet, dass sie am nächsten Tag ins Krankenhaus fahren. Nach ersten Untersuchungen legt sich der Radiologe fest. Es ist Krebs. Obwohl später noch viele Ärzte beteiligt sind, übernehmen alle offenbar diese eine Diagnose.

O-Ton

Renate Reich, Witwe:

„Dann kam eine Ärztin und sagte, er habe einen Tumor in beiden Lungenflügeln und Metastasen in Gehirn und Nebenniere. Sie würden das aber gerne genauer wissen und deswegen eine Biopsie.“

Professor Weißbach hat den Fall Reich intensiv studiert. Und wundert sich, dass zwar viele Ärzte beteiligt waren, aber wohl keiner die Diagnose des Radiologen angezweifelt hat.

O-Ton

Prof. Lothar Weißbach,
medizinischer Gutachter:

„Er hat sich festgelegt: Hier ist ein bösartiger Tumor der Lunge vorhanden. Der Radiologe ist ganz weit weg vom Patienten. Er sieht ihn einmal kurz und zumeist in einem dunklen Raum. Der Stationsarzt, der Chefarzt vielleicht seltener, hat aber die Nähe zum Patienten. Und hat die Pflicht auch, die Befunde des Radiologen, mit der Entwicklung des Krankheitsbildes und den bestehenden Symptomen zu vereinbaren.“

Viele Ärzte, aber zu wenig Kommunikation. Um den Krebs nachzuweisen, entnehmen sie Gewebe aus der Lunge. Aber sie finden keinen Krebs! Anstatt hier zu stoppen, die Diagnose zu hinterfragen, versuchen sie anders, den Krebs nachzuweisen. Öffnen jetzt sogar den Brustkorb. Norbert Reich erleidet bei der OP einen Herzstillstand. Eine dritte OP, die sein Herz stabilisieren soll, lehnt er ab. Kurz danach stirbt er an einem Herzinfarkt. Dann bei Obduktion der endgültige Befund: Nirgends ein Tumor!

O-Ton

Renate Reich, Witwe:

„Ich habe auch einen der Ärzte hinterher gefragt, warum sie so gehandelt haben? Da sagt er, ja, wenn so eine spezialisierte Fachkraft wie ein Radiologe sagt, wir müssen das tun, dann machen wir das eben. Und so scheinen da die Hierarchien zu laufen.“

Haben die Ärzte zu wenig untereinander kommuniziert? So hat es Renate Reich empfunden. Ob ihr Mann ohne diese Untersuchungen heute noch leben würde, man weiß es nicht. Das UKE will gegenüber der Familie keinen Fehler einräumen. Es verweist auf das Schlichtungsverfahren, das man abwarten wolle.

Übungen zur besseren Kommunikation, das könnte man bundesweit vorschreiben. Dass es geht, zeigt das Team-Training am Patientensimulator im Klinikum Stuttgart. Das Szenario: Weil bei der Besprechung nicht alle dabei waren, bekommt der Patient die falsche Behandlung. Plötzlich: Komplikationen. Es geht um sein Leben. Durch das Training lernt das Team, Fehler gemeinsam aufzufangen. Die Fehlerkette zu stoppen. Fehler dokumentieren, Teamtrainings, damit man sie in Zukunft vermeiden kann. So etwas kostet die Krankenhäuser erst einmal Geld. Es müsste also für alle vorgeschrieben werden. Die Richtlinien für Krankenhäuser kommen von einem Gremium mit einem abstrakten Namen: „Gemeinsamer Bundesausschuss“. Prinzip: Selbstverwaltung. Hier bestimmen Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser. Also genau diejenigen, die für das Fehlermanagement erst mal Geld zahlen müssten. Am Ende siegen offenbar die eigenen Interessen.

O-Ton

Ilona Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale:

„Es sollte um Patientenversorgung gehen, aber de facto geht es dann ganz oft um die Vertretung der eigenen Interessen. Also dann im Hintergrund um Macht, um Geld, und eben auch um ein politisches Spiel.“

Schriftlich teilt der Ausschuss uns mit, man habe in der Vergangenheit schon viel für die Patientensicherheit getan, sei da sehr aktiv. Also passiert weiter viel zu wenig, auch die Politik traut sich nicht an die mächtige Selbstverwaltung. Tragische Fehler wird es immer geben – nur es könnten viel weniger sein.

Autoren: Edith Heitkämper, Brid Roesner

Kamera: Johannes Anders, Nicole Foltys, Philip Ledert, Alexander Rott, Ricardo Wittig

Schnitt: Ulrike Jochmann