

ZUM THEMA

„Irren ist ärztlich“

Interview mit Prof. Dr. Eckhard Frick zu Irrtümern und Fehlerkultur

Wo Menschen arbeiten, geschehen Fehler. Doch gerade Medizinern fällt es noch immer schwer, diese zuzugeben. Was sich in der ärztlichen Kultur und im Klinikalltag ändern muss, damit möglichst wenig Fehler entstehen, erläutert Prof. Dr. Eckhard Frick, Leiter der Forschungsstelle für Spiritual Care am Klinikum rechts der Isar. Als Facharzt für Psychosomatik und für Psychiatrie, als ausgebildeter Psychoanalytiker und Theologe kennt Frick die medizinischen, organisationstechnischen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten und Klinikmitarbeitern.

Herr Prof. Frick, warum sind ärztliche Fehler noch immer ein Tabu?

Das hängt einerseits mit dem begrüßenswerten Anspruch von Ärztinnen und Ärzten zusammen, exzellente Medizin machen zu wollen. Andererseits wird das Zugeben von Fehlern durch die rechtliche Situation erschwert. Ärztinnen und Ärzte müssen mit Schadenersatzklagen rechnen, wenn sie über eigene Fehler sprechen. Hinzu kommt: Traditionell ist die Medizin von hierarchischen Strukturen geprägt. Auf Fehler reagieren viele Vorgesetzte eher mit Tadel als mit Unterstützung. Innerhalb von Gruppen wirkt dann noch der so genannte „Sündenbock-Mechanismus“, durch den Fehler häufig auf eine einzelne Person geschoben werden.

Man darf aber nicht vergessen: Dadurch wird so schließlich auch der zum Opfer, der einen Fehler gemacht hat. Diesen Vorgang nennt man „sekundäre Viktimisierung“. Weil er mit seinem Fehler nicht offen umgehen kann, bekommt der Mitarbeiter Angst davor, in Zukunft weitere Fehler zu begehen. Er versucht, sich nach allen Richtungen abzusichern. Betroffene Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter blockieren so jeglichen Fortschritt. Sie ziehen sich oft zurück, sind weniger bereit, kalkulierbare Risiken einzugehen und sind auch oft weniger fortbildungswillig. So werden sie schließlich zu einer langfristigen Gefahr für die Patienten.

Wie kann sich etwas verändern?

Das System Krankenhaus braucht eine andere Fehlerkultur. Wir haben dabei einen großen Nachholbedarf. Aus anderen Branchen, zum Beispiel aus der Luftfahrt, könnten wir lernen, wie man es besser macht. Dort wird der Umgang mit Fehlern regelmäßig trainiert. Die Erfahrung aus der Luftfahrt, etwa bei der Analyse von Fast-Zusammenstößen zeigt, dass eine

systematische Fehlerkultur und eine systematische Beobachtung helfen, aus nicht optimalen Verläufen zu lernen. Dies kann auch anonymisiert erfolgen und wird in manchen Kliniken bereits praktiziert. Aus Fehlern kann man lernen – das gilt auch in der Medizin.

Was verstehen Sie unter den Begriffen Fehler und Irrtum?

Hinter einem Fehler oder einem Irrtum kann ein Mangel an Ausbildung oder Information stecken. Das ist ein vermeidbarer Irrtum. Es gibt aber auch Dinge, die wir nicht vorhersehen können, bei denen wir uns einfach in der Einschätzung irren. Aus solchen kognitiven Irrtümern können auf der Handlungsebene Fehler entstehen – auch bei großer Erfahrung. Je riskanter ein Behandlungsverlauf ist, desto höher ist die Gefahr von diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Irrtümern.

Zwar gibt es in der Medizin eine hohe Krisenkompetenz. Denken Sie etwa an die Intensivmedizin, in der Sie sehr häufig schnell auf unvorhergesehene Ereignisse reagieren müssen. Aber der menschliche Organismus ist keine vorhersagbare Maschine, sondern sehr komplex. Medizin bedeutet daher immer, mit einer gewissen Unsicherheit zu leben und sich im Umgang mit Patienten und Angehörigen, aber auch im Team, diese Unsicherheit einzugestehen und damit umzugehen. Gerade Angehörige von Intensivpatienten brauchen eine kontinuierliche Begleitung in der oft quälenden Zeit des Wartens und der Unsicherheit.

Sie sprachen vorher von einer anderen Fehlerkultur. Was verstehen Sie darunter?

Bereits im Medizinstudium sollten Studierende zum Beispiel eine andere Feedback-Kultur einüben: Statt zu kritisieren sollten sie lernen, erst wertzuschätzen und zu



Prof. Dr. Eckhard Frick (Foto: Hochschule für Philosophie, München)

beschreiben, und erst dann zu korrigieren. Später im Arbeitsleben sollten Kollegen und Vorgesetzte mehr Verständnis für Fehler anderer und Empathie für sie aufbringen. Auch Mediziner sollten die Möglichkeit haben, unliebsame oder unerwartete Ereignisse im Rahmen einer Supervision, wie sie aus der Psychotherapie und Sozialarbeit bekannt ist, auf Augenhöhe zu betrachten und zu besprechen. Pausen haben eine sehr wichtige Funktion, um über bestimmte Vorgänge nachzudenken. Denn der sprichwörtliche Schritt zurück kann einen neuen Blick darauf ermöglichen. Auch Störungen im Team sind dann besser erkennbar. Wenn Mitarbeiter aufgrund von Störungen im Team häufig krank oder schlecht gelaunt sind, kann dies Fehler nach sich ziehen. Und schließlich hilft ein Debriefing-Gespräch mit Kollegen nach psychisch belastenden Situationen, zum Beispiel nach Todesfällen oder schwierigen Situationen im Umgang mit Patienten. Damit solche Maßnahmen funktionieren, müssen sie jedoch in die Team-Routine eingebaut werden.

Wie realistisch sind solche Veränderungen? Zeit ist im Klinikalltag doch sowieso schon knapp bemessen?

Wenn man durch etwas inneren und zeitlichen Abstand die Abläufe verbessern würde, könnte man sehr viel Zeit ein-

sparen und damit die Qualität der Arbeit erhöhen. Maßnahmen, die nur aufgrund von Fehlern durchgeführt werden müssen, werden dann überflüssig.

Wichtig ist, dass Veränderungen der Fehlerkultur gleichzeitig von oben und von unten, also von der Leitungsebene und aus dem Team heraus, angestoßen werden müssen. Maßnahmen aus der Chefetage heraus zu verordnen genügt nicht. Der Umgang mit Fehlern muss innerhalb eines Teams etabliert werden. Die Mitarbeiter müssen aufeinander eingehen. Ein gutes Beispiel ist ein Team-Time-Out bei Operationen. Wenn sich das OP-Team kurz Zeit nimmt und sich Abstand verschafft, können Fehler wie Patientenverwechslungen, Operationen auf der falschen Körperseite und Ähnliches vermieden werden.

Wie kann man die von Ihnen genannten hierarchischen Strukturen in der Medizin aufbrechen?

Es braucht in der Medizin fachliche Autorität und Entscheidungskompetenz. Ergänzend dazu brauchen wir aber auch dringend eine Peer-Ebene, d. h. ein Miteinander, eine Stärkung des Team-Gedankens. Im Krankenhaus bestimmen traditionell Ärzte. Wir lernen aber mehr und mehr, dass Medizin von verschiedenen Berufsgruppen gemacht wird. Ich denke dabei vor allem an die Pflege, aber auch an Hebammen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und andere Berufsgruppen. Nehmen wir mal ein Beispiel: Wenn ein Patient nach einer Darm-OP einen künstlichen Darmausgang bekommt, dann braucht er eine Stomatherapeutin oder einen -therapeuten, die ihm zeigen, wie er damit umgehen muss, damit alles passt und funktioniert. Ohne diese Ergänzung ist die wichtige Arbeit des Chirurgen unvollständig, weil der Patient unbedingt Unterstützung braucht, um mit dieser neuen, schwierigen und unangenehmen Situation umzugehen.

Gerade bei der Entscheidungsfindung und der Fehlerkompetenz braucht es neben der hierarchischen Ebene die Unterstützung

durch die Peers, durch Kollegen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. In bestimmten Bereichen kommen wir alle immer wieder in ähnliche Situationen, etwa, wenn wir damit umgehen müssen, dass wir in der Medizin nicht alles erreichen können, dass es Grenzen gibt. Bei diesem Thema befinden wir uns alle in einem Boot, egal, wie viel wir studiert und wie viele Titel wir erworben haben.

Lässt sich eine solche Unterstützung durch Fachkollegen institutionalisieren?

Ja, wichtige Institutionen sind dabei Einrichtungen wie der Verein PSU-Akut e.V., der sich aus einem Projekt des ÄKBV herausgebildet hat. Der Verein ist heute unabhängig und bietet immer wieder Unterstützung und Seminarangebote für Ärztinnen und Ärzte an (www.psu-akut.de) (s. dazu u.a. MÄA 01/2018). Solche Selbsthilfe-Mechanismen unter Ärzten sind wichtig – als psychosoziale Not- und Krisenbetreuung für Menschen, die selbst medizinisch tätig sind.

Was kann man tun, um solche Veränderungen in den Klinikalltag einzubringen?

In unserem Simulationszentrum können künftige Mediziner schwierige Situationen üben und lernen, ihren Mitstudierenden Feedback zu geben. Doch es reicht nicht aus, nur bei den Studierenden anzusetzen. Natürlich ist es in großen Strukturen wie einem Uniklinikum schwierig, die Kultur zu verändern. Einfacher ist es, in einzelnen Abteilungen anzusetzen. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Mitarbeiter etwas verändern wollen. Alle müssen lernen, den Umgang mit Fehlern als Teil der Fachkompetenz und als Beitrag zur Effizienz zu sehen, und nicht als Sahnehäubchen, das man auch mal weglassen kann. Gute Erfahrungen gibt es mit Balint-Gruppen, wie sie in der Psychotherapie etabliert sind. Dabei handelt es sich um eine Methode der Organisationsentwicklung, die aus der Psychoanalyse kommt. Sie geht davon aus, dass in allen Insti-

tutionen neben dem, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrnehmen, ein großer Bereich existiert, der ihnen nicht bewusst ist. In den entsprechenden Gruppen berichtet jemand von einem Problem. Die anderen Gruppenmitglieder ergänzen, was bisher nicht erwähnt wurde, was auf der Beziehungsebene los sein könnte etc. Dadurch bekommen die Teilnehmer ein Bild von der Situation und können gemeinsam Lösungen entwickeln. Im Rahmen der Institution Klinik müssen Räume und Ressourcen für Balint-Gruppen und Supervision geschaffen werden. Das geht natürlich nicht zum Nulltarif. Aber es ist nötig, denn es zeigt die Wertschätzung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Welche konkreten Empfehlungen haben Sie für den Klinikalltag? Würden Sie einem Kollegen oder einer Kollegin raten, einen vermeidbaren oder nicht vermeidbaren Fehler einzugestehen?

Entscheidend ist die grundsätzliche Bereitschaft aller Teammitglieder, sich auf einen Veränderungsprozess einzulassen. Das Zugeben von Fehlern ist nichts, was man einer Person allein raten kann oder soll. Wünschenswert ist aber ein Klima, in dem es möglich ist, auch über schwierige Dinge zu sprechen. Dann tun es die Betroffenen auch eher. Sonst lasten wir Fehler einseitig einem Menschen an, der möglicherweise oder auch nicht, etwas falsch gemacht hat. Der juristische Aspekt des Eingestehens von Irrtümern und Fehlern im ärztlichen Alltag wird oft überschätzt: Wir brauchen natürlich auch den Rat von juristischer Seite zum individuellen Fall. Bei einer Veranstaltung zum Thema „Irren ist ärztlich“ im vergangenen Jahr am Klinikum rechts der Isar hat der dort zum Vortrag eingeladene Jurist aber die Ängste von Ärztinnen und Ärzten gedämpft. Der offene Umgang ist demnach oft auch juristisch gesehen ratsam. Der Jurist machte klar: Die Ängste vieler Ärztinnen und Ärzte vor Staatsanwälten und Richtern sind oft überzogen. Sie sind zwar verständlich,

Prof. Dr. Ute Walter | Rechtsanwälte

Fachanwaltskanzlei für Medizinrecht

Berufs- und Gesellschaftsrecht | Vertragsrecht | Haftungs- und Strafrecht

Prinz-Ludwig-Straße 7
80333 München

Telefon: (089) 28 77 80 43 0
Telefax: (089) 28 77 80 43 9

office@ra-profwalter.de
www.ra-profwalter.de



aber daraus eine vollkommene Intransparenz im ärztlichen Beruf abzuleiten, macht das Problem eher größer als kleiner.

Kennen Sie Beispiele von Kliniken außerhalb Münchens, in denen eine andere Fehlerkultur gelebt wird?

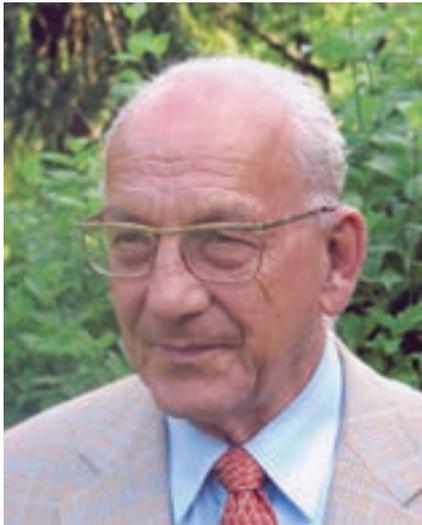
Im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg gibt es so genannte EKS-Teams, die sich

um „Existenzielle Kommunikation und Spiritualität“ kümmern. Jedes Team und jeder Mitarbeiter auf Station oder im OP kann sich kurzfristig die Unterstützung eines EKS-Team holen, wenn es etwa Schwierigkeiten mit einzelnen Patienten gibt oder Todesfälle zur Belastung werden. Dieses Angebot ist völlig neutral. Es gibt dafür weder Belohnung noch Kritik. Ein

solches Angebot ist eine lohnende Investition im Interesse der Mitarbeiterschaft und der kranken Menschen, um die es in der Medizin geht.

Das Gespräch führte Stephanie Hügler auf der Grundlage eines bereits vorhandenen Interview-Texts

In Erinnerung: Hans Hege (* 22. 3. 1924, † 6. 3. 2018)



Dr. Hans Hege (Foto: BLÄK)

Wenige Tage vor seinem 94. Geburtstag ist Hans Hege am 6. 3. 2018 verstorben.

Hans Hege war mit München und dem ÄKBV bis zuletzt eng verbunden; hier führte er über viele Jahre seine allgemeinmedizinische Praxis, zwischen 1981 und 1986 leitete er als Vorsitzender den ÄKBV. Er ließ es sich nicht nehmen, zum 25-jährigen Bestehen der Delegiertenversammlung als einer der noch lebenden Vorsitzenden an einer Podiumsdiskussion teilzunehmen. Und mich bat er vor Jahren um die regelmäßige Zusendung der Münchner Ärztlichen Anzeigen, nachdem er seinen Lebensmittelpunkt in den Bezirk Oberbayern verlegt hatte.

Viele Kolleginnen und Kollegen in München werden sich in Dankbarkeit, Hochachtung und Respekt an den Kollegen Hans Hege erinnern. Seine Zeit als Vorsitzender des ÄKBV war eine Zeit des Übergangs – nicht nur wurde aus der bis dahin satzungsgemäßen Mitgliederversammlung des ÄKBV eine Delegiertenversammlung, also

ein Ärzteparlament. Die nachkommende Ärztegeneration hatte damals zu vielen politischen, berufs- und gesundheitspolitischen Themen teils völlig konträre Sichtweisen, sie wollte auch alles innerhalb der Ärzteschaft anders und besser machen.

Der Beobachter konnte einen Hans Hege erleben, dessen Führungsqualitäten und Fähigkeiten, Brücken zu bilden, Kompromisse und Ausgleich zu schaffen, hoch eindrucksvoll erkennbar waren. Tief in Erinnerung bleiben die teils heftigen Debatten bei den Mitgliederversammlungen des ÄKBV, die Hans Hege, zwar sichtlich angespannt und herausgefordert, aber letztendlich souverän leitete, dirigierte und in schließlich geordnete Bahnen lenkte. Die von ihm ausgehende persönliche und kollegiale Wertschätzung gegenüber allen Mitgliedern des ÄKBV war stilbildend, richtungsgebend und eindrucksvoll. Eine erkennbare Zeitenwende war auch seine Wahl zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer im Jahr 1991 – ein Amt, das er bis 1999 ausübte. Auch hier sollte und musste sich vieles ändern, insbesondere bei Kommunikation und Umgang miteinander.

Hans Hege war der Philosoph unter den bisherigen Kammerpräsidenten. Da rückten Ausführungen zum Arzt-Sein in den Vordergrund, die jetzt viel mehr als zuvor von ethisch-philosophischen Überlegungen geprägt waren, zu denen so nur Hans Hege aufgrund seiner langen und vielfältigen beruflichen Tätigkeit und seiner Beschäftigung mit diesen Themen fähig war. Zu dieser Zeit begannen zudem die bis heute anhaltenden Diskussionen über die ärztliche Weiterbildung, konzentriert auf die Besonderheiten der Weiterbildung und auf die Unterschiede zwischen der Inneren und der Allgemeinmedizin. Eindrucksvoll bleiben die Erinnerungen an Sitzungen

des Kammervorstands zu diesem Thema unter Hans Hege's Leitung als „Brückenbauer“, der damals schon das Privileg genoss, als Einziger während der Diskussion seiner Leidenschaft, dem Rauchen, ungebremst fröhnen zu dürfen.

Aus bayerischer Sicht hat Hans Hege vermutlich die entscheidenden Beiträge über Bayern hinaus geliefert, um die ärztliche Berufsordnung von einer „Schilderordnung“, wie sie damals spöttisch genannt wurde, in die Richtung zu führen, die sie heute einnimmt – eine Codifizierung ärztlichen Handelns gegenüber der Gemeinschaft, gegenüber dem einzelnen Patienten und zwischen den Ärzten. Damals beeindruckte mich vor allem die sprachliche Prägnanz, mit der Hans Hege im Austausch mit anderen darum rang, schwierige Themen präzise, verständlich und einfach zu formulieren und zusammenzufassen.

Wir verlieren mit Hans Hege einen Kollegen von Format und mit hoher Integrität, einen Gestalter von Übergängen, mit breiter Bildung und ärztlicher Erfahrung, mit Klugheit und Kollegialität, ruhend auf ethischen Grundsätzen, im Wissen, was das Arzt-Sein ausmacht – ja, bis heute ausmachen soll. Unterschiedslos hat er allen geholfen, wenn dazu Anlass und Notwendigkeit bestand. Auch daher rührt die hohe Wertschätzung, die ihm bis heute von denen, die ihn aktiv erlebt haben, entgegengebracht wurde.

Wir stehen seiner Familie in Trauer über den endgültigen Abschied von ihm nahe. Wir danken Hans Hege, sind dankbar für die Zeit mit ihm und werden ihn in prägender Erinnerung behalten.

*Dr. Christoph Emminger
1. Vorsitzender des ÄKBV*