

Und täglich grüßt der Säbelzähntiger oder warum man immer wieder dieselben Fehler macht

In dem CIRS-Fall (140066) des IV. Quartals geht es um ein gesundes Kind, das im Aufwachraum als Anerkennung für seine Tapferkeit im OP und zum Spielen eine 10-ml-Spritze von einer Schwester geschenkt bekommt. Das Kind versucht, die luftgefüllte Spritze auf seine eigene Venenverweilkanüle aufzusetzen, um sich eine Spritze zu geben, wie es das wohl in seiner Umgebung beobachtet hat. Nur der Aufmerksamkeit der anwesenden Mutter und der Schwester ist es zu verdanken, dass es nicht zu dieser Aktion und damit zu einer Luftinjektion gekommen ist. Dieser CIRS-Bericht ist wahrlich ein Klassiker. Er wurde ähnlich bereits vor fast zehn Jahren in der Schweiz gemeldet und als erster „Quick Alert“ von der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit publiziert und auch in Deutschland verbreitet.



Doch die Betroffene konnte in diesem Fall nicht auf dieses vorhandene Wissen zurückgreifen. Was verwundert, da dieser Fall einen gewissen Bekanntheitsgrad hatte. Immer wiederkehrende Berichte über bekannte Zwischenfälle, Verwechslungen von Medikamenten, aber auch Vorfälle wie der geschilderte Fall machen uns ratlos. Wie erklärt sich, dass dieselben Fehler immer wieder passieren? Liegt es an mangelnder Voraussicht, Unwissenheit, Fehleinschätzung der Situation? Es stellen sich Fragen nach der Wirksamkeit der Maßnahmen, die aus berichteten Zwischenfällen abgeleitet wurden. Es wird doch schon so viel gemacht. Es gibt Handlungsempfehlungen, zahlreiche Veröffentlichungen über Zwischenfälle, Quick Alert, Fall des Quartals, elektronische Verordnung, vier Augen-Prinzip usw. Warum also passieren die Dinge immer wieder?

Bild: Valentyna
Chukhlybova –
shutterstock.com

Werden Gefahren unterschätzt? Obwohl wir doch nach langjährigen Erfahrungen mit CIRS und anderen Meldesystemen wissen sollten, dass sie ausgerechnet dort lauern, wo wir sie nicht erwarten.

Wie sinnvoll das Lernen aus Fehlern ist, zeigt uns ein Blick zurück in die Evolution. Immer schon haben die Menschen aus Fehlern der anderen gelernt und sogenanntes „Schutzwissen“ aufgebaut. Die Erfahrung des einen half den anderen beim Überleben.

Der Mensch hat über viele Jahrtausende hinweg gelernt, alles, was ihn verunsichert, als potenzielle Gefahr einzuschätzen, sofern es ihm zeitlich oder räumlich nah ist. Dieses unmittelbare Kausalitätsdenken war in der Vergangenheit äußerst hilfreich, um beispielsweise einen heranpirschenden Säbelzähntiger als Risiko zu erkennen und sich rechtzeitig in Sicherheit zu bringen.

Ein Mensch, der jemals einem Säbelzähntiger begegnet ist und dieses Zusammentreffen überlebte, hat sein Wissen um diese Gefahr weitergegeben. Er hat von seinen Erfahrungen berichtet und so andere davor bewahrt, in eine ähnlich gefährliche Situation zu geraten. Menschen haben voneinander gelernt. Dass ein Fehler sich nicht wiederholt oder wie gut es gelingt, einen Fehler zu vermeiden, hängt zum einen von der eigenen individuellen Risikowahrnehmung ab und zum anderen von der Fähigkeit, sehr oder eher seltene Risiken wahrzunehmen, adäquat einzuschätzen und mit ihnen umzugehen.

Leider entwickelt sich die Akzeptanz für die eigene Fehlbarkeit und Fehler im System nur langsam weiter. Das gilt ebenso für den transparenten Umgang mit Fehlern bzw. für das Benennen von kritischen Ereignissen. Es ist ja nichts Großes passiert, keiner zu Schaden gekommen, es ist noch einmal gut gegangen. Doch man vergibt damit die Chance, diese Erfahrung und Erkenntnisse weiterzugeben: Was wir daraus hätten lernen müssen? Davon können andere profitieren! Schließlich geht es (im CIRS) darum, Erfahrungen zu teilen und voneinander zu lernen, zum Wohle der Patientensicherheit.

In den heutigen komplexen Prozessen geht es nicht mehr darum, sich möglichst schnell in Sicherheit zu bringen (Kausalitätsdenken), sondern auch darum, kleinste Fehler wahrzunehmen, dadurch Risiken zu analysieren, anderen mitzuteilen und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten. Dafür sind auch interne und einrichtungsübergreifenden Meldesysteme als frei zugängliche Wissensplattformen da. Hier können Fehler transparent gemacht und diskutiert werden. Die Bedrohung geht häufig nicht vom Säbelzähntiger aus, sondern liegt oft im Detail.

Doch die ökonomische Wirksamkeit solch einer Wissensweitergabe ist selten anerkannt und wird wenig geschätzt. Gleichwohl kann sie großen Einfluss auf die Sicherheit eines Unternehmens haben. Es ist nicht einfach, Kennzahlen für den wirtschaftlichen Erfolg von Wissensweitergabe, insbesondere durch Fehlermeldesysteme, zu erlangen, da es sich meist um langfristige Prozesse handelt. Allerdings zeigt sich durch langjährige Erfahrung, dass sich das Melden auch vermeintlich „kleinster“ Fehler lohnt. Eine solche Meldekultur sollte fester Bestandteil der Sicherheitskultur eines Unternehmens im Gesundheitswesen werden, insbesondere, wenn es um die Patientensicherheit geht.

In allen Teilbereichen des Lebens gibt es Erfahrungen, die man nicht noch einmal machen möchte. Auch „Menschen können nicht alles, was an Negativem Wissen zu berücksichtigen ist, selber erfahren und daraus lernen. [...] Die Grundfrage lautet: Wenn die Menschen alle Fehler wieder machen müssten, aus denen die Menschheit über Jahrtausende gelernt hat, würden sie dann überleben? Das kulturelle Gut besteht darin, dass wir das Fehlerwissen von anderen übernehmen, die [...] eben ‚Fehler‘ gemacht oder negativ gehandelt [...] haben; wichtig ist, dass wir auch daraus, [...], Schutzwissen aufbauen.“ (Fritz Oser, Maria Spychiger, Lernen ist schmerzhaft, Zur Theorie des Negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur, Weinheim, Basel, 2005, S. 50–51)

Dass der geschilderte Fall nach fast zehn Jahren erneut gemeldet wird, fordert unser Wissensmanagement heraus, denn nur wer im Sinne eines kontinuierlichen Managements auf dem aktuellen Wissensstand ist, kann auch danach handeln. Kliniken und Praxen sind somit gefordert, auch das Lernen aus Fehlern in ihr systematisches Fort- und Weiterbildungskonzept zu integrieren.

„Lernen ist Gold“ und wird zu einer besseren Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Effizienz und Mitarbeiterzufriedenheit führen.

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster

Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe