Thieme

Patientensicherheit geht auch uns Dermatologen an!

Zu der neuen Rubrik „Fehler und Irrtümer in der Dermatologie“

Patient Safety also Concerns us Dermatologists!

The New Section “Mistakes and Errors in Dermatology”

Prof. Dr. med.
Peter Elsner

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Peter Elsner,
Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena,
Erfurter Str. 35, 07743 Jena
elsner@derma-jena.de

Bibliografie
DOI https://doi.org/10.1055/a-0837-5253 |
Akt Dermatol 2019; 45: 95–96
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Nach dem Klassiker von Beauchamp/Childress „Principles of Biomedical Ethics“ [1] basiert die ärztliche Ethik auf vier Prinzipien: Benefizenz, Non-Malefizenz, Achtung der Patientenautonomie und Gerechtigkeit. Die ersten beiden Prinzipien, Gutes zu tun und im Interesse des Patienten zu handeln und dem Patienten nicht zu schaden, sind letztlich nichts anderes als das aus dem „Hippokratischen Eid“ wohlbekannte „Nisi nil nocere“, das sich auch in der Deklaration von Genf des Weltärztebundes und der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte wiederfindet [2].

Gleichwohl kommt es immer wieder zu „vermeidbaren unerwünschten medizinischen Ereignissen“ (VUME), die definiert sind als einem Patienten schadende Vorkommnisse, die eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung selbst beruhen und die durch einen Fehler verursacht sind [3]. Nach Schätzungen sollen diese etwa in 10 % der Krankenhauseinweisungen auftreten [4, 5] und in den USA mittlerweile die dritthäufigste Todesursache sein [6]. Diese Ereignisse können straf- und zivilrechtlich relevante Delikte darstellen und zu Haftungsansprüchen für Behandlungsfehler führen. In vielen Ländern haben sowohl die Zahl der Arzthaftungsfälle als auch die Höhe der zugesprochenen Schadensersatzleistungen in den letzten Jahren zugenommen. Versicherungsprämien für Leistungserbringer wurden teils erheblich erhöht, sodass sich etwa der Gesetzgeber in Deutschland 2014 zu einem Sicherstellungszuschlag für freiberufliche Hebammen gezwungen sah, um die Erbringung von Geburtshilfeleistungen weiterhin zu ermöglichen (GKV-FQWG; § 134a Abs. 1b SGB V). Die hohe Zahl und die Kosten von Arzthaftungsfällen haben zu Bedenken bezüglich der Entwicklung einer „Entschädigungs-Kultur“ [7] der Folgen für das Verhalten medizinischer Leistungserbringer (Gefahr der „Defensivmedizin“ [8]), eines Verleugnungsverhaltens gegenüber medizinischen Fehlern statt einer proaktiven Risikoverminderung und eines Vertrauensverlustes zwischen Patienten und Ärzten [9] geführt.

In der Vergangenheit hat sich die Medizin vielfach nicht ernsthaft mit der Existenz von Behandlungsfehlern auseinandergesetzt. Ursachen dafür mögen ein falsches Verständnis von Kollegialität gewesen sein, aber auch der Wunsch, Patienten nicht zu beunruhigen und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu gefährden. Wie spätestens der umfassende und einflussreiche Bericht „To Err is Human“ des Institute of Medicine gezeigt hat [10], ist das Verleugnen von Fehlern jedoch selbst einer der größten Fehler, die ein Mensch begehen kann; das Lernen aus Fehlern ist von höchster Bedeutung, um deren Wiederauftreten zu verhindern. Zu diesem Zweck werden in der Luftfahrt seit vielen Jahren Fehlermeldesysteme eingesetzt, die den positiven Effekt haben, Pilotenfehler (menschliche Fehler) zu reduzieren. Auf der Grundlage dieser Erfahrungen wurde vorgeschlagen, die Flugsicherheitskultur in die klinische Medizin zu übernehmen und ähnliche Fehlermeldesysteme einzurichten. In vielen Journalen für Piloten und Luftfahrtpersonal ist die Rubrik „Flugunfallberichte“ fest verankert und eine der beliebtesten. Exemplarische Fälle und die häufig verketteten Fehlentscheidungen werden dort vorgestellt, um Piloten auf vermeidbare Risikosituationen aufmerksam zu machen. Die Fehlermeldesysteme der Luftfahrt und die Flugunfalluntersuchungen der Behörden bieten reichlich Material für diese Publikationen.

Auch in der Medizin setzt eine wirksame (Behandlungs-)Fehlerprävention voraus, sich mit der Existenz von Fehlern ernsthaft auseinanderzusetzen, Risikosituationen zu erkennen und

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

durch angemessenes professionelles Handeln zu beherrschen. Bei wissenschaftlichen medizinischen Kongressen, aber auch in unseren klinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften ist eine Rubrik „Fehler und Irrtümer in der Dermatologie“ leider immer noch eine Seltenheit. Die Aktuelle Dermatologie nimmt – im deutschsprachigen dermatologischen Schrifttum – nun eine Vorreiterrolle ein, indem sie regelmäßig ausgewählte, exemplarische Fälle dermatologischer Behandlungsfehler publiziert und damit über eine verbesserte Fehlerprävention zu einer höheren Patientensicherheit beitragen will. Die ersten Fälle, die wir Ihnen vorstellen werden, stammen aus dem in Deutschland seit den 1970er-Jahren etablierten Schiedstellenverfahren über unabhängige Gutachterkommissionen, die bei den Ärztekammern angesiedelt sind [11]. Einreichungen für diese neue Rubrik werden gerne angenommen – sie können nicht nur tatsächliche Fehler beinhalten, sondern können auch nach dem Motto „Es ist noch einmal gut gegangen“ auf mögliche Fehlerkonstellationen aufmerksam machen. „Jeder Fehler ist ein Schatz“, nämlich eine Gelegenheit, die Sicherheit unserer Patienten zu verbessern [12, 13]. Dazu will diese neue Rubrik beitragen. Über Ihr Interesse und jede Rückmeldung würden sich die Schriftleiter freuen.

Peter Elsner, Jena

Literatur

[1] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012

[2] (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 2018. Im Internet: http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.mbo_daet2018

[3] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 92 – 99

[4] Harrison R, Walton M, Manias E et al. The missing evidence: a systematic review of patients’ experiences of adverse events in health care. Int J Qual Health Care 2015; 27: 424 – 442

[5] de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008; 17: 216 – 223

[6] Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353: i2139

[7] Taylor J. Compensation culture. Do patients justice. Health Serv J 2008; 20: 20 – 22

[8] Ortashi O, Virdee J, Hassan R et al. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Med Ethics 2013; 14: 42

[9] Hannawa A. Communication with patients about medical incidents. Ther Umsch 2012; 69: 363 – 366

[10] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Institute of Medicine; 1999

[11] Neu J. Das medizinische Gutachten im Arzthaftungsverfahren – Qualitätskriterien aus juristischer Sicht. Herzogenrath: Shaker; 2014

[12] Elston DM, Taylor JS, Coldiron B et al. Patient safety: Part I. Patient safety and the dermatologist. J Am Acad Dermatol 2009; 61: 179 – 190; quiz 191

[13] Elston DM, Stratman E, Johnson-Jahangir H et al. Patient safety: Part II. Opportunities for improvement in patient safety. J Am Acad Dermatol 2009; 61: 193 – 205; quiz 206

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.