

Was läuft schief in Krankenhäusern?

Wie ein Osnabrücker Experte Behandlungsfehler entdeckt, bevor sie passieren

Meike Baars

Es kommt vor, dass Peter Gausmann im Bademantel verkleidet in den Heizungskeller eines Krankenhauses marschiert und dort einen leblosen Patienten spielt. „Hier liegt einer. Der atmet nicht mehr“, ruft dann jemand das Reanimations-team der Klinik zum Einsatz. Wie lange braucht das Team, um Gausmann zu finden? Haben Pfleger und Ärztinnen das vollständige Equipment dabei, um noch vor Ort eine Intensivtherapie einzuleiten?

Dr. Peter Gausmann ist kein Schauspieler, sondern Berater für Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement. Hinter der etwas sperrigen Bezeichnung verbirgt sich eine verantwortungsvolle Aufgabe: Der 61-jährige Osnabrücker prüft jene Institutionen gewissermaßen auf Herz und Nieren, in die sich kranke Menschen begeben, um ihrerseits auf Herz und Nieren geprüft zu werden: Kliniken.

Undercover-Einsatz als Stresstest

Gausmanns Job ist es, Krankenhäusern bei der Vermeidung von Behandlungsfehlern zu helfen. Sein Auftritt als hilfloser, verwirrter Patient ist ein Test, ob bestimmte Abläufe in einer Klinik reibungslos funktionieren. Denn dort, wo es knirscht und hakt, da können Fehler passieren. Und Fehler in Krankenhäusern haben leider manchmal gravierende Folgen. Die schlimmste aller denkbaren Folgen: ein vermeidbarer oder durch Fehler herbeigeführter Tod.

Der Undercover-Einsatz ist Gausmanns wohl ausgefallenster Teststrahl. In der Regel weiß eine Stationsbelegschaft vorher, dass er als Gutachter kommt. „Eines ist mir ganz wichtig: Es soll niemals jemand vorgeführt werden. Ich mache Belastungs- und Stresstests, bei denen ich außergewöhnliche Situationen provoziere, um etwas aufzuzeigen.“

Engagiert wird Gausmann von den Kliniken selbst. Ein eher ungewöhnlicher Ausbildungsweg machte den gebürtigen Osnabrücker für die Sparte des klinischen Risikomanagements interessant. Mittlerweile ist er einer der führenden Experten zum Thema im deutschsprachigen Raum. Er arbeitet als Hochschullehrer, sitzt in Klinikaufsichtsräten und Fachkommissionen.

Auf seine Ausbildung als Intensivpfleger in den 1980ern im Marienhospital sattelte Gausmann ein Studium der Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen auf, promovierte zum klinischen Risikomanagement und übernahm schließlich eine Schnittstellenfunktion bei einem großen Versicherungsmakler in der Gesundheitsbranche. Einer wie Gausmann wurde in den 1990ern händierend gesucht, wie er selbst schildert: ein Mann aus der Krankenhauspraxis mit jahrelanger Berufserfahrung auch in Führungsposition, der Ahnung von BWL und Risikomanagement hatte. Denn in dieser Zeit trat ein Prob-



Was könnte schiefgehen? Peter Gausmann arbeitet in OPs und auf Stationen von Kliniken mit, um dort die Abläufe auf Herz und Nieren zu prüfen. Foto: Peter Granser/laif

lem zutage, das viele Krankenhäuser beschäftigte: Es waren kaum Versicherungen zu finden, die die Haftung für bestimmte Risiken übernehmen wollten.

Besonders das Haftungsrisiko für den Bereich Geburtshilfe lehnten viele Versicherer ab. Die Konditionen der Policen wurden deshalb für die Kliniken oftmals äußerst ungünstig. Nur jene Häuser, die schlüssige Präventionskonzepte zur Vermeidung von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe vorlegen konnten, hätten tragbare Versicherungskonditionen bekommen, schildert Gausmann. So kam er ins Spiel.

Fehleranalyse zeigt Muster auf

Warum hatten Geburtskliniken diese Probleme? Eine Entbindung birgt immer gewisse Risiken für Mutter und Kind. Verläuft eine Geburt unproblematisch, kann sie ein relativ natürlicher Prozess sein, für den sich viele Mütter wünschen, das er in angenehmer Atmosphäre geschieht. Aber was ist, wenn nicht alles nach Plan läuft? Wenn die kindlichen Herzrhythmen abfallen? Wenn die Gesundheit des Kindes bedroht ist? Heutzutage würden die sogenannten Vitalparameter während des Geburtsprozesses permanent überwacht, schildert Gausmann. Ein medizinischer Fortschritt. Das war nicht immer so. Inzwischen müssen Geburtskliniken in der Lage sein, innerhalb von 20 Minuten einen Not-Kaiserschnitt in die Wege zu leiten, wenn es dem Baby im Bauch nicht gut geht. Solche Alarme würden regelmäßig trainiert. Auch deshalb können heutzutage kaum noch Kinder mit einem Sauerstoffmangelschaden, zur Welt, der sie zu einem dauerhaften Pflegefall von Geburt an machen würde, erklärt der Osnabrücker Experte.

Bei ihrem permanenten Streben nach Verbesserung seien die Geburtskliniken in erster Linie von der Sorge um ihre kleinsten Patienten ge-



Indem er auf Stationen mitarbeitet, analysiert Peter Gausmann, ob es bei bestimmten Abläufen zu Behandlungs- oder Pflegefehlern kommen könnte. Foto: Peter Gausmann



„Eine Abteilung, die schon einmal das falsche Knie gespiegelt hat, der wird das nie wieder passieren.“

Peter Gausmann
Berater für Patientensicherheit



Wer zählt während und nach der OP durch, dass alle gebrauchten Utensilien den Bauchraum wieder verlassen? Foto: dpa/Marijan Murat

trieben. Aber ja, auch das Geld spiele dabei eine Rolle. Denn kaum ein Behandlungsfehler kommt Versicherer teurer zu stehen als eine Fehlentscheidung in der Geburtshilfe. Auf bis zu 15 Millionen Euro kann sich die Schadenssumme belaufen, taxiert Experte Gausmann. Dieses Risiko lassen sich Versicherer von Kliniken bezahlen. Und die wiederum engagieren Peter Gausmann, um gegen alle denkbaren Fehler so gut wie möglich gefeit zu sein.

Durch seine Tätigkeit hat der Osnabrücker Berater zu-

griff auf rund 200 000 anonymisierte Schadenfälle aus Kliniken. Er hat sie analysiert, um systematisch Fehlerquellen herauszufiltern. Es ergeben sich Muster. Mithilfe dieses Wissens geht Gausmann in Kliniken und testet, ob die Behandlungsfehler aus den Akten dort ganz real passieren könnten. Im Anschluss bekommen die Kliniken ein Gutachten mit einem Präventionskonzept.

Wenn Gausmann einen Prüftermin in einem Krankenhaus hat, dann arbeitet er mit auf der Station, er ver-

sorgt Patienten und schleust sich in den OP ein. „Vergesst mich einfach“, sagt er zu den Kollegen. „Ich mache mit, und ab und zu stelle ich Fragen.“ Sowohl aus eigener Erfahrung als Intensivpfleger als auch durch seinen „reichhaltigen Schatz an Schadensfällen“ weiß Gausmann, wann Dinge schiefgehen können.

Ist vor einer OP das „OP-Feld“ am Körper korrekt angezeichnet, und wer hat das kontrolliert? Gibt es im OP eine Zählkontrolle, damit keine Tupfer oder Klemmen im Bauchraum verbleiben? Liegt ein Patient nach einer Operation lang genug im Aufwachraum, bis sich seine Atmung stabilisiert hat? Wird ein Bettgitter hochgezogen, damit er nicht stürzen kann? Wer hat kontrolliert, dass seine OP-Narkose keine Wechselwirkungen mit der bisherigen Medikation verursacht?

Fehler in Krankenhäusern passieren dort, wo Menschen auf Menschen treffen, sagt Gausmann. Der „Faktor Mensch“ lässt sich selbst aus der Hochleistungsmedizin naturgemäß nicht herausrechnen. Wie auch? Sowohl auf der Patienten- als auch auf der Behandlerseite stehen Menschen. Das unterscheidet Krankenhäuser von Kernkraftwerken oder Flugzeugträgern – sogenannten Hochzuverlässigkeitsorganisationen, in denen Fehler schlichtweg nicht passieren dürfen. Computer und automatisierte Prozesse lassen sich eher perfektionieren als stets individuelle Arzt-Patienten-Konstellationen.

Wenn Bescheidenheit gefährlich sein kann

Beispiel Notaufnahme: Es ist einer der komplexen Klinikbereiche, in denen besonders oft Fehler passieren können. Der häufigste Behandlungsfehler im Krankenhaus-Setting sei der Diagnosefehler, sagt Gausmann. Es gebe Patienten, die mit großer Dringlichkeit ihre Symptome schildern, drängeln, sich aufspielen – und dann stecke nur eine Lappalie dahinter. Und dann gibt es bescheidene Pa-

tienten, denen es fast peinlich ist, dass für sie Aufwand betrieben wird. Doch gerade bei ihnen könnte das Verstärken wichtiger Minuten böse Folgen haben. „Deshalb ist es so wichtig, dass wir das standardisierte Einschätzungsverfahren dafür haben, wer wie dringlich behandelt werden muss“, erklärt Gausmann. Das sogenannte Manchester-Scoring-Verfahren erfragt objektivierbar bestimmte Symptommatiken – egal, was für einen Auftritt ein Patient in der Notaufnahme hinlegt.

Wenn Gausmann verdeckt als Patient auftritt, dann beigt er sich gerne mit unklaren Unterbauchbeschwerden in die Notaufnahme und schildert Beschwerden, die auf eine hohe Infektiosität hinweisen. Klappt es, dass die Mediziner ihn sofort isolieren? Würde es auch um 3 Uhr nachts klappen, wenn die Teams übermüdet und gestresst sind?

„Wenn wir selbst schon mal etwas falsch gemacht haben, sind wir maximal dafür sensibilisiert, dass der Fehler nicht noch einmal passiert. Eine Abteilung, die schon einmal das falsche Knie gespiegelt hat, der wird das nie wieder passieren. Aber jedes andere Behandlungsteam hat vielleicht genau dort eine offene Flanke.“ Darauf weist er hin, wenn er sich die Abläufe anschaut, schildert Gausmann.

Er hat aber noch eine weitere Funktion: Viele Klinikgeschäftsführer haben seine Handynummer auf einer Krisenkarte. Die können sie anrufen, wenn es ein schwerwiegendes Schadensereignis auf einer Station gegeben hat. Dann kommt Gausmann als Krisenberater zur Schadensbegrenzung und -aufarbeitung.

Manchmal aber lassen sich Fehler nicht wiedergutmachen. Dann gehe es auch darum, das „zweite Opfer“ zu betreuen, betont der 61-Jährige: den Kollegen, dem der Fehler passiert ist. Zwei solcher Fälle hätten sich ihm besonders eingebrannt, erzählt Gausmann. Beide hat-

ten auch medial ein großes Echo gefunden. Im baden-württembergischen Göppingen verwechselte 2018 eine Krankenschwester ein Betäubungsmittel mit einer Infusionslösung und verabreichte sechs Patienten das Narkosemedikament. Zwei von ihnen starben. Gausmann wurde in die Klinik gerufen, um aufzuarbeiten, wie der Fehler passieren konnte – und um das Team zu stützen, das die Kollegin in ihrem Schock auffangen musste.

Im selben Jahr kam es in Salzburg zu einer folgenschweren Fehlentscheidung – auch hier wurde Gausmann als Krisenberater hinzugezogen. Ein Kleinkind kam mit einem aufgekratzten Blutschwämmchen im Gesicht in die Notaufnahme. Ein Arzt entschied sich, die stark blutende Wunde unter einer Kurznarkose zu operieren, obwohl der Junge zuvor gegessen hatte. Der Junge erstickte an Erbrochenem und starb im Krankenhaus.

Kritische Ereignisse gehören notiert

„Das sind natürlich absolut gravierende Einzelfälle. Das Schlimmste, was in Krankenhäusern passieren kann“, sagt Gausmann. Normalerweise sind die Fehler, die geschehen, viel geringerer Natur. Er arbeite mit Kliniken daran, eine transparente Fehlerkultur zu entwickeln. Schon minimale Verfehlungen sollten festgehalten und besprochen werden, damit aus ihnen gar nicht erst etwas Schwerwiegenderes erwachsen könne.

Jede Klinik habe heutzutage ein Erfassungssystem sogenannter kritischer Ereignisse. Bemerkt eine Pflegekraft auf dem Weg zu einem Patienten, dass sie ein falsches Medikament in der Hand hält, dann sei dies bereits ein kritisches Ereignis und gehöre hinterlegt, betont Gausmann, unabhängig davon, dass der Pflegend seine Missgriff rechtzeitig bemerkt habe.

Ein Mensch werde niemals so fehlerfrei arbeiten wie ein Dosierungscomputer, sagt Gausmann. Aber in der Medizin sei der Mensch nun einmal nicht ersetzbar. Wo Menschen mit Menschen zusammentrafen, bleibe ein „Restfehlerpotenzial“ bestehen. Sein Beratungsziel sei es aber, es so weit herunterzuschrauben wie möglich. „Wir sind da auf einem guten Weg.“

Fachbuch über Patientensicherheit: Dr. Peter Gausmann ist Mitherausgeber eines neuen Buchs zum Thema Patientensicherheit, an dem auch sieben Osnabrücker Gastautoren beteiligt sind. Das Lehr- und Praxiswerk richtet sich in erster Linie an Behandler in Kliniken und im niedergelassenen Bereich. Es beleuchtet die Themen Patientensicherheit, Fehlerprävention, Qualitäts- und Risikomanagement sowohl durch die klinische Brille als auch aus psychologischer, betriebswirtschaftlicher, juristischer und versicherungswirtschaftlicher Sicht. „Patientensicherheitsmanagement“ erschien am 20. Dezember 2021 im Fachverlag deGruyter.