

Rund zehn Prozent der ärztlichen Behandlungsfehler in den Kliniken dürften auf Übermüdung, Arbeitsüberlastung und personelle Unterbesetzung zurückzuführen sein. Diese Schätzung wagte die DBV-Winterthur, einer der großen Schadenversicherer für Ärzte und Kliniken, bei einem Pressegespräch kürzlich in Berlin. Basis für die Schätzung sind die rund 1.400 jährlich bei der DBV-Winterthur neu eingehenden Schadenmeldungen aus Krankenhäusern. Allerdings: „Übermüdung und Überlastung tauchen –

auch aus Angst der betroffenen Ärzte vor Repressalien – nie als offizielle Ursache in den Schadenmeldungen auf“, sagte Rechtsanwalt Roland Wehn, Leiter Ärztliche Fortbildung bei der Versicherung. Vielmehr sei Übermüdung nur „zwischen den Zeilen“ als mögliche Fehlerursache herauszulesen. Dann bedarf es nach Wehns Worten gezielter Ermittlungen und in der Regel mehrfacher Nachfrage der Schadensachbearbeiter oder der Begutachtungsmediziner des Unternehmens, um Übermüdung und Überlastung „mit einer hohen Wahrscheinlichkeit“ als Ursache spezifizieren zu können. Die Schadenabteilung Medizin der DBV-Winterthur ermittelt insgesamt mit 14 Juristen und fünf Medizineren bei Haftpflichtschäden im Heilwesen.

Typische Indizien

Mit hundertprozentiger Sicherheit sei die Fehlerursache Übermüdung nur in Einzelfällen festzustellen, räumte Wehn ein. Doch immerhin gibt es nach den Erfahrungen der DBV-Winterthur typische Indizien. So sind Fehler durch Übermüdung in der Regel eher Routinetätigkeiten zuzuordnen – etwa Befundkontrollen und Einschätzungen, Nachschau oder Wundversorgung. Auch Verwechslungen passieren häufig bei Übermüdung. Dagegen kommen übermüdungsbedingte Fehler bei besonderen Herausforderungen, zum Beispiel Notfällen, eher selten vor. Eine typische Zeit für Fehler durch Müdigkeit sind die frühen Morgenstunden zwischen drei und fünf

Fehlerquelle: Übermüdung

Ungesetzliche Arbeitszeiten in den Kliniken tauchen in Schadensmeldungen nie als offizielle Fehlerursache auf. Doch sind nach Schätzung eines großen Schadenversicherers zehn Prozent der ärztlichen Behandlungsfehler auf Übermüdung oder Überlastung zurückzuführen.

von Horst Schumacher

Uhr. Nicht zuletzt zählt eine überlange Dienstzeit zu den Verdachtsmomenten. Auch die plötzliche Einteilung zu einer Operation trotz eines vorangegangenen Nachdienstes kommt als Fehlerquelle in Betracht (siehe auch Beispiele im Kasten S. 12).

Jungärzte in Hochrisikobereichen

Bei ihren Ermittlungen ist die DBV-Winterthur auf eine Vielzahl von Faktoren in den Kliniken gestoßen, die Fehler fördern. Die völlig unzureichende Umsetzung des Arbeitszeit-

gesetzes, massiver Personalmangel insbesondere in ländlichen Regionen und überlange Dienstzeiten gehören dazu. Der vermehrte Kostendruck auf die Klinikträger führe auch dazu, dass diese an der Qualität der ärztlichen Versorgung sparen. Selbst in Hochrisikobereichen würden weniger qualifizierte Jungärzte eingesetzt. Zum Beispiel arbeiten nach den Feststellungen der DBV-Winterthur durchaus Ärztinnen und Ärzte im Praktikum in Kreißsaal, Notaufnahme oder Anästhesie, ohne dass bei Problemen in der Behandlung eine schnelle Rücksprache mit einem Funktionsfacharzt in ausreichender Weise sichergestellt ist.

In manchen Kliniken scheuten sich AiP und Assistenzärzte auch deswegen, Rücksprache mit den Funktionsärzten zu halten, weil sie Repressalien oder schlechte Bewertungen befürchteten. „Eine solche nicht offene Kommunikationsstruktur ist ungeeignet, Fehler rechtzeitig zu erkennen und auszumerzen“, sagte Wehn. Nach seinen Erfahrungen wird die Einführung vernünftiger Arbeitszeitmodelle häufig auch noch immer verhindert durch überkommene Hierarchiestrukturen und die althergebrachte Berufsauffassung mancher Chefärzte („Ein guter Arzt muss auch 20 Stunden operieren können“).

„Marathondienste“ sind an der Tagesordnung

Solche Auffassungen sieht der Klinikärzterverband Marburger Bund als wissenschaftlich widerlegt an. „Wer übermüdet weiter arbeiten muss, dessen Arbeit wird von Stunde zu Stunde anfälliger für Fehler“, sagte der Tarifexperte

Rahmenvorstellungen des Marburger Bundes für neue Dienstpläne

(jeweils zu konkretisieren durch die einzelnen Krankenhäuser)

Arbeitszeitrahmen, z. B.
8:00 Uhr bis 21:00 Uhr

Bereitschaftsdienst
20:30 Uhr bis 8:30 Uhr

Der Arbeitszeitrahmen kann zum Beispiel in zwei Zeitabschnitte durch zusätzliches Personal abgedeckt werden, z. B.

8:00 Uhr bis 16:30 Uhr
12:30 Uhr bis 21:00 Uhr

Wochenende, Feiertage, Bereitschaftsdienst, z. B.
8:00 Uhr bis 21:00 Uhr
20:30 Uhr bis 8:30 Uhr

An Wochenenden und Feiertagen sind Bereitschaftsdienste von 13 Stunden möglich. Berücksichtigt ist auch hier ein Übergabezeitraum von 30 Minuten. Abhängig von der Aufgabenteilung können längere Übergabezeiträume eingeplant werden.

Quelle: mb

und stellvertretende Hauptgeschäftsführer des Verbandes, Lutz Hammerschlag, bei dem Pressegespräch in Berlin. Er erinnerte an eine wissenschaftliche Studie, nach der Wachsein über 24 Stunden die kognitiven psychomotorischen Fähigkeiten genauso beeinträchtigt wie eine Blutalkoholkonzentration von 1,0 Promille. „Wenn man eine Ärztin oder einen Arzt nach einem normalen Tagesdienst weiter arbeiten lässt, ohne Rücksicht auf diese wissenschaftlichen Erkenntnisse zu nehmen, sind Fehlentscheidungen und Fehlverhalten vorprogrammiert“, sagte Hammerschlag.

Trotzdem sind nach seinen Worten „Marathondienste“ für Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern noch immer an der Tagesordnung: Acht Stunden Tagdienst, anschließend 16 Stunden Bereitschaftsdienst, dann noch einmal ein Tagdienst von acht Stunden, geleistet vom selben Arzt – ein solcher Dienstplan ist nach Hammerschlags Worten „absolut illegal“, aber eben noch immer keineswegs ungewöhnlich.

Der Marburger Bund pocht nun darauf, dass das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 3. Oktober 2000 zur Arbeitszeit von Klinikärzten endlich in Deutschland umgesetzt wird. Nach dem Urteil ist Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit anzusehen. Diese europäische Vorgabe ist nach Auffassung des Verbandes bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) in den deutschen Krankenhäusern zu berücksichtigen. Konkret bedeutet das nach Hammerschlags Worten: „Die höchstzulässige Arbeitszeit in Deutschland be-

trägt zehn Stunden täglich. Dabei müssen die Bereitschaftsdienste berücksichtigt werden.“

Denn Paragraph 3 des ArbZG legt fest, dass die werktägliche Arbeitszeit acht Stunden nicht überschreiten darf. Eine Verlängerung auf bis zu zehn Stunden ist nur dann zulässig, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder 24 Wochen acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.

Nach einem Tagdienst dürfen danach höchstens noch zwei Stunden Bereitschaftsdienst absolviert werden. „Da Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit zu werten ist, darf vor und nach einem Bereitschaftsdienst unter gar keinen Umständen gearbeitet werden“, erläuterte Hammerschlag.

Um die Vorgaben des EuGH-Urteils in die Praxis umzusetzen, will der Marburger Bund nun in den Tarifverhandlungen eigenständige Regelungen für die Arbeitszeiten im Krankenhaus innerhalb des Bundes-Angestelltentarifvertrages erreichen. Dazu hat der Verband Rahmenvorstellungen entwickelt (*siehe Kasten S. 11*). Nach diesen Vorschlägen soll künftig kein Arzt mehr länger als 48 Stunden pro Woche arbeiten.

„Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Umgang mit der ärztlichen Arbeitszeit keineswegs nur ein juristisches Problem der Anerkennung europäisch getroffener Regelungen ist, sondern dass es dabei auch um die Gesundheit und das Wohlbefinden der betroffenen Ärztinnen und Ärzte geht und die Sicherheit und Gesundheit der Patienten“, betonte Hammerschlag.

Behandlungsfehler durch Arbeitsüberlastung

Beispielfälle der DBV-Winterthur

Fall 1: Städtische Klinik, HNO-Abteilung (Verwechslung): 08:40 h OP eines 7-jährigen Knaben (Nasen- und Rachenmandeln). Ohne Besonderheiten. Ein Post-OP Nachschaeintrag findet sich durch den CA der HNO-Abteilung erst für 22:30 h. Die weitere Kontrolle wird dem HNO-Stationsdienst überlassen; das Kind ist als Privatpatient auf der kinderchirurgischen Privatstation ca. 7 Gehminuten von der HNO-Klinik untergebracht. Für die 1. Post-OP Nacht ist eine ärztliche Kontrolle alle 2 Stunden vorgesehen. Gegen 02:20 h kontrolliert der Assistent der HNO-Abteilung den jungen Patienten Meyer in Raum II/4/223. Gegen 4:30 h kontrolliert der Assistent erneut den Patienten Mayer in Raum II/4/224 und findet ihn stark aus Nase und Rachen blutend ohne Spontanatmung bei einem Blutdruck von 90/45 mmHg vor. Sofort eingeleitete Wiederbelebensmaßnahmen können den Kreislauf stabilisieren, allerdings behält das Kind einen hypoxischen Gehirnschaden.

Auf Nachfrage:

- Der Assistent war zum Zeitpunkt der 1. Kontrolle 31 Stunden im Dienst: Es sagt aus, dass er es im Rahmen seiner 1. Kontrolle wegen der offensichtlich ruhigen Atmungsvhältnisse unterlassen habe, die Rachenregion zu inspizieren. Die Verwechslung der Patienten sei aus Unachtsamkeit passiert.
- Der Klinikträger: Grundsätzlich sei für nächtliche ärztliche Kontrollen die Fachabteilung zuständig; eine pflegerische Kontrolle habe um 02:58 h ohne Befund stattgefunden.

Fall 2: Kreis Krankenhaus-Anästhesieabteilung (plötzliche Einteilung zu OP nach Nachtdienst): Nach einem 22-stündigen Dienst mit Nachtdienst und 4 Rettungseinsätzen wird nach Dienstende um 7 h morgens eine im 4. Weiterbildungsjahr beschäftigte Assistenzärztin der Anästhesie zu der Hauttransplantations-OP eines 13-jährigen Kindes eingeteilt. Die Einteilung erfolgte, weil der eingeteilte Anästhesist erkrankt war und der OP-Plan nicht umgeworfen werden sollte. Eine persönliche Anamnese erfolgte nur kurz. Das Kind wies wegen bestehender Verbrennungsnarben eine massive Hautkontraktur vom Kinn- zum Brustbereich auf. Nach Einleitung der Anästhesie gelang zunächst eine Intubation, die aber sich nach Auscultation als unzureichend erwies. Weitere Intubationsversuche blieben 6 Minuten lang erfolglos, bis der im OP eingetroffene Chefarzt der Anästhesie sich entschloss, die massive Narbenkontraktur zu lösen, um einen Trachealschnitt zu machen. Bis wieder eine suffiziente Beatmungssituation hergestellt wurde, vergingen 6 min 34 sec. Auch dieses Kind erlitt einen schweren hypoxischen Gehirnschaden.

Auf Nachfrage:

- Die Assistenzärztin war sich nicht bewusst, dass Ihre Leistungsfähigkeit drastisch herabgesetzt war.
- Sie war sich auch nicht bewusst, dass wegen der bestehenden Kontraktur ein besonders sanfter Übergang in die Vollnarkose notwendig gewesen wäre, da die Beherrschbarkeit der Atmungssituation nicht als besonderes Problem erkannt wurde. Eine Notfallprozedur habe sich daher für den Fall des Misslingens der Intubation auch nicht gedanklich bereit gelegt.