

parateverwechslung in der Pathologie, Seitverwechslung in der Chirurgie). Dies gilt für alle schwerwiegenden Ereignisse (Sentinels). Die Erkennung und Vermeidung von Beinahe-Fehlern erfordert von der gesamten Crew ein hohes Maß an Sensibilität für risikobehaftete Situationen und insbesondere ein hohes Maß an wechselseitigem Vertrauen.

Voraussetzung: Eine strikte Anonymität

Ohne ein solches wird es nie zum offenen Bericht über risikobehaftete, vertrackte Situationen oder eine risikobehaftete Verkettung von unglücklichen Umständen kommen. Auch risk management dieser Art braucht nicht auf die lokale (hausinterne) Ebene begrenzt zu bleiben: Scheidegger hat gezeigt, wie man (Internet gestützt) anonymisiert und fachspezifisch einschlägige Informationen überregional, national oder international aggregieren kann.

Fehleranalysen der Ebenen 3 und 4 sind umso ergiebiger, je mehr gleichartige Probleme aufeinander gelegt und zusammen betrachtet werden. Dies setzt jedoch eine strikte Anonymität – der Patienten wie der beteiligten Ärzte/Praxen/Krankenhäuser – voraus. Kein Arzt, der bei Sinnen ist, wird sich mit Details einer Beinahe-Katastrophe an einer Systematik der Fehlererkennung beteiligen, wenn er – auch nur in Ansätzen – eine De-Anonymisierung befürchten muss. Die (Fach-)Öffentlichkeit soll lediglich erfahren, dass ein Arzt/ein Krankenhaus an Maßnahmen der systematischen Risikoerkennung teilnimmt. Ausreichend große (und damit sicher dauerhaft anonyme) fundus tatsächlicher (Ebene 3) oder fakultativer (Ebene 4) Probleme sind auch publikationsfähig. Beides wird jedoch (da nicht skandalisierbar) die Laienpresse nicht interessieren. In jedem Fall liegt die Hoheit über derartige fundus bei Wissenschaftlern und Klinikern und nicht etwa bei Organen der Selbstverwaltung.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Martin Hansis
Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt
E-Mail: m.hansis.qm@rhoen-klinikum-ag.com

Ärzte sind auch Menschen: Irren ist menschlich. Die Halbgötterdämmerung schreitet fort. „Ich heiße Jansen, ich mache Fehler. Ich mache nicht gern Fehler, aber ich lerne gern aus meinen Fehlern.“ Das sagte ein Hausarzt beim 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Potsdam.

Aber man muss nicht alle Fehler selber machen, auch aus fremden Fehlern lässt sich viel lernen. Die Hausärzte sind Pioniere. Die lehrreiche Fehldiagnose gehört in die allgemeinärztliche

Nobody is perfect

Aus Fehlern lernen

Fortbildung. Studenten der Charité sind sehr beeindruckt, wenn ihre Lehrer im Fach Allgemeinmedizin die eigenen Irrtümer analysieren. Offene Selbstkritik kommt aber nicht nur bei Studenten gut an, sondern auch bei Patienten, sogar dann, wenn sie die Leidtragenden sind. Sofern sie der Hausarzt über einen schwerwiegenden Irrtum informierte, blieben sie ihm fast durchweg treu, ergab eine Düsseldorfer Studie. Die Befragung der Hausärzte war anonymisiert, und das ist wichtig.

Bei „Kunstfehlern“ suchen viele Medien nach dem Schuldigen. Ihn zu identifizieren bringt für die Patientensicherheit aber nur selten etwas. Fehler, etwa bei der Medikation, passieren nur ausnahmsweise durch Defizite des ärztlichen Wissens und Könnens. Die Schwachstellen sind zu 80 Prozent Organisations- oder Kommunikationsmängel, und an der „Verkettung unglücklicher Umstände“ ist oft das ganze Team beteiligt. Nicht „Wer war schuld?“, sondern „Was ist schuld?“ müsse man fragen, sagte Dr. Günter Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin. Welche Bedingungen sind fehlerträchtig? Aber Risikoforschung und Fehlermanagement – das ist in der

deutschen Medizin noch „das Nichts“, hieß es bei einem Berliner Workshop.

„Pfuschen und Vertuschen“, das war gestern. Heute machen die Hausärzte als erste Fachgruppe den Anfang: Sie entwickelten und testeten ein völlig anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem, angelehnt an Vorbilder im Ausland (Schweiz, Großbritannien). Vorgestellt wurde es während des Potsdamer Kongresses, der in den 27. Deutschen Hausärztetag integriert war. Seither steht es unter www.jederfehler-zaehlt.de allen Hausärzten zur Verfügung.

Über eine gesicherte Internetverbindung können Hausärzte kritische Ereignisse und Fehler mitteilen. Nur fünf Minuten dauert die Beantwortung eines Online-Fragebogens. Versehentlich erkennbare personenbezogene Daten werden im Institut wieder gelöscht. Es ist technisch unmöglich, berichtende Ärzte oder deren Patienten zu identifizieren. Medizinrechtler und Datenschützer sind zufrieden. Die entstehende Datenbank ist eine Quelle für die Qualitätssicherung. Die Fehler und Beinahe-Fehler werden systematisch analysiert und ausgewertet, ein Bulletin soll das gemeinsame Lernen erleichtern. Jeder Arzt sollte zusammen mit seinen Helferinnen die seiner Praxis angemessene Strategie zur Verringerung von Fehlern entwickeln. Wenn zum Beispiel ein Vierzigjähriger, der öfter wegen Banalitäten in der Arztpraxis war, plötzlich einen Infarkt erleidet, zieht der Arzt daraus die Lehre, künftig alle über Fünfunddreißigjährigen auf den Gesundheits-Check anzusprechen.

Die neue Sicherheitskultur macht Schule. Auch die KBV hat beschlossen, ein freiwilliges Fehlersuchsystem einzuführen.

Rosemarie Stein