

TOP VII: Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit

Offenheit und Transparenz

Die Delegierten des 108. Deutschen Ärztetages haben sich für die Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien ausgesprochen.

Autoritäres Handeln, verbunden mit negativen Anreizen, wird immer dazu verleiten, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen.“ Dieses Zitat des ehemaligen Leiters des Deutschen Krankenhausinstitutes, Prof. Dr. Eichhorn, aus dem Jahr 1992 bezeichnete der Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Günther Jonitz, als „schlichte, aber richtige Erkenntnis“. Die Zeit sei jetzt reif, sich über das Thema Patientensicherheit systematisch und sachlich, transparent und fair auszutauschen und aktiv zu werden.



Günther Jonitz: „Unser Berufsstand unterliegt einer höheren Verantwortung, die wir unmittelbar für unsere Patienten übernehmen.“

Und diese Ansicht wurde von den Delegierten des 108. Deutschen Ärztetages in Berlin geteilt. Mit einem einstimmigen Votum begrüßten sie die Etablierung von Fehlermeldesystemen in der ärztlichen Versorgung. Gerade weil der Patient, der sich in subjektiver und objektiver Not befinde, ein besonderes Schutzbefürfnis habe, müsse, so Jonitz, alles dafür getan werden, damit dieser Schutz gewährleistet und das Vertrauen in den

Arzt und seine Behandlung gewahrt bleibe. Die Dramatisierung von realen oder behaupteten Fehlern in der Patientenversorgung sei bis in die jüngere Vergangenheit aus Presse, Funk und Fernsehen und auch aus der Politik bekannt. Die Stigmatisierung des ärztlichen Berufsstandes falle ebenso in diese Kategorie, „und die Liste spektakulärer Buchtitel ist genauso lang wie langweilig“. Die meisten lebten von Sensationsdarstellungen und der Schaulust und trügen wenig zur Aufklärung bei. Jonitz ärgert sich über solche pauschalen, extremen Darstellungen. „Gleichwohl leben wir damit, dass unser Berufsstand einer höheren öffentlichen Aufmerksamkeit unterliegt. Dies ist Konsequenz der höheren Verantwortung, die wir unmittelbar für unsere Patienten übernehmen.“

Die Medizin werde immer leistungsfähiger, damit aber auch immer komplexer. „Während vor 20 Jahren zahlreiche Krankheiten unheilbar waren oder nur wenige Therapieverfahren zur Verfügung standen, gibt es jetzt eine große Auswahl unterschiedlicher Möglichkeiten, kranken Menschen zu helfen. Dies gilt beispielsweise bei Aids-Patienten, bei Tumorkranken oder bei Patienten mit Zuckerkrankheit. Neue Medikamente versprechen bessere Behandlung, Nebenwirkungen werden jedoch erst im Alltag entdeckt“, so der Beschluss des Ärztetags. Und damit steigt Jonitz zufolge das Risiko, nicht immer die richtige Entscheidung treffen zu können.

Außerdem sei das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten deutlich gestiegen. So seien hochbetagte Patienten jenseits des 80. Lebensjahres keine Seltenheit mehr, stellte Jonitz fest. Dies mache sie anfälliger für Risiken und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen. „Selbstverständlich möchten diese Patienten Anteil haben am medizinischen Fortschritt.“ Darüber hinaus ver-

schlechterten sich die Rahmenbedingungen zur Gewährleistung guter Medizin. Finanzielle Zwänge, Zeitnot und Bürokratie machten es dem Arzt immer schwerer, gute Medizin zu betreiben und sich gleichzeitig um seine Patienten zu kümmern. „Kostendruck und Wettbewerb führen zu undifferenzierten Einsparungen mit der Konsequenz der Gefährdung der Patientenversorgung. In immer kürzerer Zeit und mit weniger Personal müssen immer mehr Patienten mit immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreut werden“, so die Entschliebung. Die klassische Aufarbeitung von Behandlungsfehlern rein unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten sei nicht mehr sachgerecht. Vielmehr müssten Strategien entwickelt werden, in deren Zentrum die Suche nach organisations- und kommunikationsbedingten Verbesserungspotenzialen in der Behandlungs- und Versorgungskette stünden. „Noch wird in der Patientenversorgung allzu oft nach dem ‚Sündenbock-Prinzip‘ gearbeitet (‚Wer war schuld?‘), anstatt zu fragen ‚Was war schuld?‘. So erscheint ein Systemfehler als individuelles Verschulden eines Arztes. Das ist ungerecht und falsch“, betonte das Ärzteparlament.

Keine Sanktionsinstrumente

An dieser Stelle setzten Beinahe-Fehlerberichts- und Beinahe-Lernsysteme an. Ein solches System, das Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Ärztlicher Direktor am Klinikum der Philipps-Universität Marburg, vorstellte, ist das so genannte Critical Incident Reporting System (CIRS). Fehlermeldesysteme wie CIRS basierten auf dem prozessorientierten Ansatz, dass Fehler in einer medizinischen Behandlung weniger häufig auf dem schicksalhaften Versagen einer Ein-

Patientensicherheit – Überblick über Verfahren und (geplante) Erhebungen

- Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern planen eine bundeseinheitliche Statistik. Darin sollen erstmals auch inhaltliche Aussagen über die Begutachtungsverfahren gemacht werden, beispielsweise darüber, welche Fehlerarten am häufigsten gemeldet werden.
- Die ÄZQ hat unter www.forum-patientensicherheit.de Informationen zum Thema Patientensicherheit ins Internet gestellt.
- Gleichzeitig ist unter der Federführung der ÄZQ ein Buch und Glossar „Patientensicherheit“ erschienen (unter www.aezq.de, Bereich: Projekte).
- Als Netzwerk für bestehende Initiativen und Projekte agiert das „Aktionsbündnis Pa-

tientensicherheit“ e.V.; Informationen unter www.aktionsbündnis-patientensicherheit.de.

- Derzeit werden verschiedene Fehlermeldesysteme von der Ärzteschaft unterstützt, darunter das Schweizer CIRS-System (www.cirsmedical.ch), das von Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach initiierte Fehlermeldesystem für (haus)ärztliche Behandlungsfehler und das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angebotene Online-Berichtssystem (www.cirsmedical.ch/kbv/cirs/cirs.php).
- Einzelne Ärztekammern, so die Kammer Berlin, bieten Schulungen zum besseren Umgang mit Fehlern an (www.aerztekammer-berlin.de).
- In die Zertifizierung von Krankenhäusern und Praxen (KTQ, QEP) werden zunehmend Module zum Fehlermanagement eingebaut.

MM

gen Austausch der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens voraus“, heißt es in dem Beschluss. Das Prinzip der Netzwerksorganisation gewährleistet gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Kooperation. Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, das sich am 11. April in Düsseldorf konstituiert hat, als eine solche Netzwerkorganisation. Das Bündnis will sich auf breiter Ebene der Fehlerprävention im Gesundheitswesen widmen und dazu entsprechende Aktivitäten bündeln.

Beschlossen wurde auch ein von den Berliner Delegierten Dr. med. Wolfgang Albers, Dr. med. Werner Wyrwich und Dr. med. Volker Pickerodt eingebrachter Antrag, wonach der Ärztetag „mit Besorgnis zunehmende Tendenzen sieht, originär ärztliche Tätigkeiten aus Gründen der Kostenersparnis auf nichtärztliches Personal zu verlagern. Hierzu sind besonders der Einsatz von Operations- und Anästhesieassistenten zu erwähnen.“ Was medizinisch sinnvoll sei, sollten Ärzte entscheiden, sagte Albers. Außerdem lehnt der Ärztetag „fachübergreifende Bereitschaftsdienste im Interesse der Patientensicherheit generell ab“. Dazu Dr. med. Jörg Zimmermann, Celle: „Wenn Sie morgen nach Hause fliegen, wollen Sie auch nicht, dass Sie der Taxifahrer fliegt.“

Gisela Klinkhammer

zelperson als auf der Verkettung mehrerer Schwachstellen beruhen, heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

Deshalb muss Schrappe zufolge die Anonymität der Meldung gewährleistet sein. Außerdem schlägt er eine Beschränkung auf Beinahe-Schäden („Beinahe-Fehler“) vor. In dem Ärztetagsbeschluss heißt es entsprechend: „Die Suche von Beinahe-Fehler-Berichtssystemen wie CIRS konzentriert sich auf eben diese Schwachstellen oder Zwischenfälle, die für sich betrachtet noch nicht zu einem Schaden für die Patientinnen und Patienten geführt haben, aber in Kombination mit einer anderen Schwachstelle zu einem Schaden hätten führen können.“ Kliniken oder Praxen, die ein solches System einführen, sollten Schrappe zufolge auf einen „non-punitiven Ansatz“ Wert legen. So habe sich der Klinikvorstand der Universität Marburg verpflichtet, zur Verhinderung von Fehlern und Schäden und zur Ermöglichung der Analyse von Schadensfällen die disziplinarische Ahndung zurückzustellen, sofern der Fehler beziehungsweise der Schaden im CIRS gemeldet sei. Auf keinen Fall dürften durch CIRS juristische Nachteile drohen, forderte Schrappe. „Beinahe-Fehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention“, heißt es in der Ärztetagsentschließung.

Mit Beschluss vom Oktober 2004 haben die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundes-

vereinigung die Bildung einer Netzwerksorganisation zur Förderung von Patientensicherheit befürwortet. „Hiermit sollen bereits auf Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung und der medizinischen Fachgesellschaften entwickelte Initiativen gebündelt und neue Maßnahmen wie zum Beispiel Beinahe-Fehler-Berichtssysteme und Risikomanagement gefördert werden. Dies gelingt jedoch nicht im Alleingang, sondern setzt berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und vertrauensvollen gegenseitigen

Ärztliche Behandlungsfehler

Aus Fehlern lernen

Das Thema Patientensicherheit gewann in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung.

Obwohl über ärztliche Behandlungsfehler in den vergangenen Jahren oftmals nur hinter vorgehaltener Hand gesprochen wurde, wurde der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, nicht müde, das Thema immer wieder neu aufzugreifen. Bereits kurz nach der Wahl zum Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin im Jahr 1995 bat er die Gutachterkommissionen und Schlich-

tungsstellen, sich der Aufarbeitung von Fehlern anzunehmen. Zugleich nahm er Kontakt zu Fehlerforschern aus der Luftfahrt auf, um Anregungen für den Entwurf eines Fehlerrasters zu erhalten. Letztlich mangelte es dem Projekt an der nötigen finanziellen Unterstützung – für Jonitz kein Grund aufzugeben: 2001 initiierte er ein Schwerpunktthema im Rahmen der Reihe „Berliner Ärzte“ zum Thema „Fehlerquelle Mensch – aus

der Luftfahrt für die Medizin lernen“. Damals warb Dr. med. Christian Thomeczek – Geschäftsführer der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) in Berlin – darum, nicht nach Schuldigen zu suchen, sondern gemeinsam aus Fehlern zu lernen. Gleichzeitig wies er auf den Nutzen von Fehlermeldesystemen hin und rief dazu auf, systematisch Daten zum Vorkommen von Fehlern zu erfassen.

Offiziell Gehör fand das Thema jedoch erst ein Jahr später – bei der Vergabe des Berliner Gesundheitspreises, der

2002 unter dem Leitgedanken „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ stand. Mit dem ersten Preis prämierte der AOK-Bundesverband zusammen mit der AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin zwei Projekte, die heute weitgehend etabliert sind: das „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) am Schweizer Department für Anästhesie, eingeführt von Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, und ein von Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach (damals Universität Kiel) entwickeltes Meldesystem für (haus)ärztliche Behandlungsfehler.

Vor einem Jahr vereinbarte Jonitz mit dem AOK-Bundesverband die Gründung eines Netzwerks, das alle Aktivitäten im Bereich der Fehlerprävention bündeln soll. Das kontinuierliche Engagement des Ärztekammerpräsidenten gipfelte in dessen Beteiligung am „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ e.V., das er vor wenigen Wochen zusammen mit Schrappe und anderen engagierten Personen aus dem Gesundheitswesen gegründet hat.

Ähnlich wie Jonitz hat Schrappe in den vergangenen Jahren viel dafür getan, das Thema Patientensicherheit in den Blickpunkt zu rücken. Dabei erhielt er nicht nur Unterstützung: „Man wurde schnell zum Nestbeschmutzer abgestempelt“, sagte Schrappe gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Doch letztlich hat sich auch sein langjähriger Einsatz bezahlt gemacht. Der begann während der Zeit, als Schrappe noch hauptamtlicher Leiter des Qualitätsmanagements an der Universitätsklinik Köln war. Gemeinsam mit Kollegen baute er 1999 ein Risikomanagement mit Steuerungsgruppe auf und arbeitete daran, die Patientenaufklärung in der Klinik zu verbessern. Drei Jahre später führte er in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Marburg CIRS-Pilotprojekte ein, analysierte Fehler und richtete die Stelle eines Ombudsmannes ein. Parallel dazu setzte Schrappe sich dafür ein, Patientensicherheit auch innerhalb der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) zum Thema zu machen. Im selben Jahr gründete die GQMG, der Schrappe vorsteht, eine Arbeitsgruppe „Patientensicherheit“. Deren Aufgabe sollte es sein, Diskussions- und Informationsforen zum Thema anzubieten, um auch nach außen eine konstruktive Position zu entwickeln und auf politischer Ebene wahrgenommen zu werden. Dies gelang nur wenig später – im Herbst 2004. Zu diesem Zeitpunkt veranstaltete die GQMG zum 11. Mal ihre Jahrestagung, erstmals zum Thema „Patientensicherheit und Risikomanagement“. Für Schrappe ist dies rückblickend der Zeitpunkt, zu dem die Thematik bundesweit erstmals wahrgenommen wurde. „Danach lief alles fast wie von alleine“, sagt er.

Martina Merten

Nachgefragt

DÄ: Herr Prof. Schrappe, das Thema „Patientensicherheit“ ist nicht neu, Sie selbst beschäftigen sich schon seit 1998 intensiv damit. Wird es erst jetzt von der Ärzteschaft als Thema wahrgenommen?

Prof. Schrappe: Von vielen Vertretern der Ärzteschaft ist es schon lange wahrgenommen worden, aber wie alle Dinge brauchte es seine Zeit. Durch die jahrelange Qualitätsdiskussion hat sich jetzt die Erkenntnis durchgesetzt, dass Fehlerprävention die beste Herangehensweise ist. Das Bewusstsein für die Thematik ist auch durch die gestiegenen Versicherungsprämien und die kostspieligeren Schadensfälle gewachsen. Außerdem spielt die vermehrte Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Patienten eine wichtige Rolle.

DÄ: Im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungsfehlern wird häufig aus der US-Studie „To err is human“ zitiert, in der von jährlich 50 000 bis 100 000 ärztlichen Fehlern mit tödlichen Folgen ausgegangen wird. Was halten Sie davon?

Schrappe: Alle Beteiligten erliegen der Faszination von Zahlen. Aus ärztlicher und wissenschaftlicher Sicht muss man sich natürlich mit

den epidemiologischen Daten auseinander setzen. Wir werden im Aktionsbündnis Patientensicherheit diskutieren, ob wir in Deutschland eigene Studien durchführen müssen oder den internationalen Daten vertrauen. Wichtiger als die Frage der absoluten Häufigkeit ist aber die Betonung der Prävention, denn jeder einzelne Todesfall oder Schaden, der bei einem Patienten aufgrund von Fehlern auftritt, ist einer zu viel.

DÄ: Ein Ziel des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. ist es, ein Trainingszentrum für Ärzte aufzubauen. Was sollen Ärzte dort lernen?

Schrappe: Zum einen die Analyse von Schäden, zum anderen die Bedeutung der organisatorischen Ursachen und der so genannten Teamfaktoren wie Kommunikation oder Interaktion in der Prävention von Fehlern. Wenn ein Schaden auftritt, ist es sehr schwierig, an die wirklichen Ursachen heranzukommen,

Matthias Schrappe ist seit 2002 Ärztlicher Direktor des Klinikums der Philipps-Universität Marburg. Er ist zugleich Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und des im April gegründeten „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ e.V.

um ein Wiederauftreten zu verhindern. Meist werden die Fehler in der Informationsweitergabe und die Kommunikationsstrukturen unterschätzt. Hier müssen wir die Aufmerksamkeit schärfen.

DÄ: Wie würden Sie jungen Medizinstudenten die Angst zu nehmen versuchen, Fehler zu machen?

Schrappe: Ganz direkt würde ich ansprechen, dass die Arbeit als Arzt nicht fehlerfrei sein kann, sondern dass Fehler zum Alltag gehören – aber in ihrer Häufigkeit mit aller Kraft gering gehalten werden müssen. Ich würde die Studenten dazu auffordern, fehlerhafte Prozesse zu analysieren und Schritte einzuleiten, die die Verkettung unglücklicher Umstände unterbrechen. Risikomanagement und die Thematik der Patientensicherheit gehören definitiv in das Medizinstudium und in die Ausbildung der anderen Gesundheitsberufe. **Fragen: Martina Merten**



Foto: Bernhard Eifrig