

**108. Deutscher Ärztetag 03.-06.05.2005, Berlin****Ärztliches Fehlermanagement / Patientensicherheit**

Referat Dr. Günther Jonitz, Berlin, Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin



Es gilt das gesprochene Wort.

Herr Präsident,  
meine sehr verehrten Damen und Herren,

als Abschluss der fachlichen TOPs auf diesem Ärztetag möchten wir mit Ihnen über ein Thema diskutieren, das so alt ist wie die Medizin selber. Es handelt sich um das ärztliche Fehlermanagement und um Patientensicherheit. Zunächst darf ich einen politischen Einstieg in das Thema präsentieren. Nach mir wird Prof. Dr. Matthias Schrappe, Internist, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Marburg und Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, die fachlichen Hintergründe darstellen.

Das Thema erlebt zurzeit eine ungeahnte Renaissance. Wir alle haben mehr oder weniger betroffen bereits damit Erfahrungen gesammelt. Ich möchte Ihnen mit dieser Präsentation nahe legen, dieses Thema offensiv, ernsthaft und sachlich anzugehen und sich vielleicht mit mir darüber zu freuen, dass wir aktuell neuere und bessere Möglichkeiten haben, damit umzugehen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Lassen Sie mich zu Anfang feststellen, dass dieses Thema originäre Aufgabe der Ärzteschaft und der Ärztekammern ist. Die Ärztekammern sind Einrichtungen zum Schutz von Patienten. Zu diesem Zweck haben wir von der Gesellschaft Rechte und Pflichten verliehen bekommen. Die Kammern unterliegen der Gemeinwohlbindung. Unsere Arbeit und unsere Existenz hängen davon ab, dass wir zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zum Wohle der Gesellschaft wirksam werden. Dadurch begründet sich unsere Rechtsform als Körperschaft des öffentlichen Rechtes.

Dieser Aufgabe werden die Kammern auf unterschiedlichen Wegen gerecht, beispielsweise stellen die Berufs- und Weiterbildungsordnung, die Fortbildungszertifizierung, aber auch die segensreiche Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen einen nahezu selbstverständlichen Teil dieser Gemeinwohlbindung dar. Sie geben Orientierung, sie geben Form und definierten Inhalt.

Die Ärztekammern sind darüber hinaus die einzigen übergreifenden, sachkundigen und unabhängigen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Alle anderen Institutionen sind entweder sachkundig, aber nicht unabhängig oder unabhängig, aber nicht sachkundig oder weder das eine noch das andere. Dieser Verantwortung müssen wir gerecht werden, diesen strategischen Vorteil werden wir nutzen.

Der Grundsatz des "Primum nil nocere" ist der gesamten Medizin weltweit in die Wiege gelegt und damit weder neu, noch Aufsehen erregend, noch ungehörig. Allerdings ist das Thema heikel. Der Schutz des Patienten betrifft den sensibelsten Bereich des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Gerade weil der Patient, der sich in subjektiver und objektiver Not befindet, ein besonderes Schutzbedürfnis hat, muss alles dafür getan werden, dass dieser Schutz gewährleistet und das Vertrauen in den Arzt und seine Behandlung gewahrt bleibt. Das Thema weist ein hohes Missbrauchspotenzial auf. Die Dramatisierung von realen oder behaupteten Fehlern in der Patientenversorgung ist uns bis in die jüngere Vergangenheit aus Presse, Funk und Fernsehen und auch aus der Politik bekannt. Sie wird sogar gerne dafür genutzt, um in der Diskussion den so genannten "politischen Gegner" beispielsweise vor Budgetverhandlungen zu schwächen. Die Stigmatisierung unseres Berufsstandes fällt ebenfalls in diese Kategorie und die Liste spektakulärer Buchtitel ist genauso lang wie langweilig. Die allermeisten davon leben von Sensationsdarstellungen und der Schaulust und tragen wenig zur Aufklärung bei. Gleichwohl zwei Beispiele, "Halbgott in weiß oder schwarzes Schaf" betrifft einen früheren Ordinarius. Im gleichen Jahr entdeckte ein Patientenverband fast 25.000 Tote durch Ärztepfeusch. Die Zahlen sind nicht belegt. Es handelt sich um Hochrechnungen aus den USA und vergessen wird regelmäßig, wie viele dieser Patienten den Arzt vor die Wahl stellten, entweder nichts zu tun und den Patienten dem sicheren Tod zu überlassen oder für diesen Patienten ein Risiko einzugehen wie z. B. ein Hospitalinfektion nach einer schweren Operation. Arzt-sein heißt, Risiken abschätzen, abwägen und notfalls im Interesse des Patienten einzugehen.

Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, ich fühle mich als Vertreter der Ärzteschaft im ersten Anlauf bei solchen Schlagzeilen immer betroffen und gleichzeitig ärgere ich mich über pauschale, extreme Darstellungen, die Wiederholungen von möglichen Missständen nicht erschweren.

Gleichwohl wir leben damit, dass unser Berufsstand einer höheren öffentlichen Aufmerksamkeit unterliegt. Dies ist Konsequenz der höheren Verantwortung, die wir unmittelbar für unsere Patienten übernehmen.

Lassen Sie uns die Befunde erheben:

Die Medizin wird leistungsfähiger und komplexer.

Wenn Sie sich allein in Erinnerung rufen, wie dramatisch die Handlungsmöglichkeiten in der Medizin zugenommen haben, welche therapeutischen Möglichkeiten wir bei Zivilisationskrankheiten, beispielsweise bei der Behandlung des Diabetes Mellitus haben, und wenn Sie diese jetzigen Möglichkeiten allein über den therapeutischen Möglichkeiten von vor 20 oder 30 Jahren vergleichen - eine Zeit, die noch gar nicht so lange zurück liegt und den meisten von uns in sehr guter Erinnerung ist - wird klar, dass es immer schwieriger ist, zu definieren, was im Einzelfall eine optimale Behandlung ist. Die Medizin wird komplexer und die Medizin wird unübersichtlicher. Und damit steigt das Risiko, nicht immer die richtige Entscheidung treffen zu können.

Unsere Patienten werden älter, anfälliger und anspruchsvoller.

Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen und Patienten ist in Klinik und Praxis deutlich angestiegen. Hochbetagte Patienten jenseits des 80. Lebensjahres sind keine Seltenheit. Deren Anfälligkeit steigt, sowohl durch das Lebensalter wie auch durch die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Selbstverständlich möchten diese Patienten Anteil haben am medizinischen Fortschritt. Die zahlreichen Versprechungen - "die neue Pille gegen den Krebs" - möchten in Anspruch genommen werden, auch wenn Risiken und Nebenwirkungen bei fragilen Menschen eher zunehmen. Auch die jungen Patienten werden anspruchsvoller und erwarten von der Medizin, dass ihnen deren Segnungen vollständig zu Teil werden. Gesund bleiben wollen alle. Die Medizin wird gerne dafür in Anspruch genommen.

Diesen gestiegenen Möglichkeiten und gestiegenen Ansprüchen steht gegenüber, dass die Rahmenbedingungen für gute Medizin kontinuierlich schlechter werden. Finanzielle Zwänge, Zeitnot und Bürokratie machen es dem Arzt immer schwerer, gute Medizin zu betreiben und sich ausreichend um seine Patienten zu kümmern.

Immer weniger Ärztinnen und Ärzte behandeln immer mehr und anfälliger Patienten mit größerem Aufwand in kürzerer Zeit. Das Risiko innerhalb der Behandlung steigt und gefährdet die Patientenversorgung. Diese Entwicklung fällt nicht einfach vom Himmel. Sie ist zum einen Folge der politischen Maßnahmen einer jahrzehntelangen Kostendämpfungs politik und in dem einen oder anderen Fall auch konkret kalkuliert. Im März 1996 stellte ein Artikel in der Zeitschrift F&W - das ist die Zeitschrift der privaten Krankenhasträger - folgendes fest: "Mit ca. 65 -70% stellt der Personalbereich den Hauptblock der Kosten dar. Für die Krankenhausleitung bleibt die qualitative Besetzung, z. B. AiP- anstelle Assistenzarztstellen, die Anzahl der Stellen und Teile der variablen Personalkosten (Bereitschaftsdienste), beeinflussbar." Die Einhaltung des extern vereinbarten Personalbudgets vermindert um eine kalkulierte Sicherheitsrate ist der Hauptansatzpunkt jedes Kostenmanagements".

Herr Präsident,  
meine sehr verehrten Damen und Herren,

hier wird ziemlich eiskalt kalkuliert, dass Patienten zu Schaden kommen dadurch, dass die Leistungsfähigkeit durch qualitative Einsparungen im Personalbereich eingeschränkt wird. Aus einem Systemfehler wird im Zweifelsfall das individuelle Verschulden des einzelnen Arztes. Er haftet persönlich für das Versagen an höherer Stelle. Dies ist ungerecht und falsch.

In diesem Zusammenhang sind auch die Proteste unserer Kolleginnen und Kollegen zu verstehen, die für bessere Arbeitsbedingungen auf die Straße gehen. Es gilt auch für die, die von vornherein ihr Heil im Ausland oder in patientenfernen Berufen suchen. Wenn die Zwickmühle, in die jeder einzelne klinisch tätige Arzt gestellt wird, so groß wird, dass er seine ärztliche Verantwortung gegenüber dem Patienten nicht mehr gerecht wird, sind Proteste und Ausstieg die Konsequenz.

Erfreulicherweise sind wir mit diesem Problem nicht ganz alleine. Der Zusammenhang zwischen einer übermäßigen Arbeitsbelastung und der Produktion von Fehlern bei der Patientenversorgung wurde in zwei leserwerten Arbeiten im New England Journal of Medicine im Oktober letzten Jahres dargestellt. In den beiden Arztgruppen, zum einen auf der Intensivstation, zum anderen im normalen Hausdienst konnte die belegbare Zahl von Fehlern zum Teil um die Hälfte, zum Teil um das Drei- bis Fünffache reduziert werden. Ich bin gespannt, wann sich diese Erkenntnis auch in Deutschen Arbeitgebergremien und auch auf der politischen Ebene herumspricht.

Sehr geehrte Damen und Herren,

nun wird die Patientensicherheit als Thema gerne dann entdeckt, wenn diese tatsächlich bedroht ist. Dies scheint auch jetzt der Fall zu sein. Der Grund für die ärztliche Selbstverwaltung sich dieses Themas jetzt anzunehmen, liegt aber vor allem darin, dass wir neben größeren Problemen auch neue und wichtige Handlungsmöglichkeiten haben. Wir haben also nicht nur die Schwierigkeiten. Wir haben auch die Erkenntnisse und die Instrumente, um damit besser fertig zu werden als in der Vergangenheit. Deshalb spricht der Antrag des Vorstandes VII - 01 von "Herausforderungen" und "Möglichkeiten".

Das Wissen um den Umgang mit Fehlern nimmt zu. Wir haben gelernt. Die Luftfahrt und die Arbeits- und Organisationspsychologie zeigen, dass überall dort, wo Menschen arbeiten, Organisations- und vor allem Kommunikationsmängel die Hauptursache für unerwünschte Ereignisse oder Fehler sind. Es ist eben nicht der verhängnisvolle Fehler eines Einzelnen.

Wie es um die Organisation und um die Kommunikation beispielsweise in Deutschen Krankenhäusern zugeht, darüber können wir uns in den meisten Fällen selbst ein Bild machen. Die wenigen Studien, die es zu diesem Thema gibt, werfen kein gutes Licht auf den Umgang untereinander, schon gar nicht im ärztlichen Dienst. Die auch von zahlreichen Deutschen Ärztetagen wiederholte Klage am strikt hierarchischen System an deutschen Krankenhäusern findet auch hier seine Berechtigung. Wenn die Bundespolitik wissen möchte, warum es dort Probleme gibt, könnten auch die früheren Beschlüsse der Deutschen Ärztetage nachgelesen werden.

Es stehen neue Verfahren zur Fehlervermeidung und zum Lernen aus Fehlern zur Verfügung. Darauf geht nach mir Prof. Schrappe gleich noch ein.

Neben neuem Wissen und neuen Verfahren ist vor allem die politische Einsicht zu konkreten Handlungen vorhanden. Denn auch für die Politik und andere Bereiche gilt das, was Prof. Dr. Eichhorn, der damalige Leiter des Deutschen Krankenhausinstitutes 1992 festgestellt hat:

"Autoritäres Handeln, verbunden mit negativen Anreizen wird immer dazu verleiten, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen".

Das ist eine schlichte Erkenntnis, aber sie ist richtig. Zentrale Institutionen mit einem gesetzlich reglementierenden Auftrag sind nicht hilfreich. Wir brauchen keine "Bundesoberfehlerbehörde".

Die Zeit ist reif, sich über dieses Thema systematisch und sachlich, transparent und fair auszutauschen und aktiv zu werden. Auf mehreren Veranstaltungen und auf Workshops, in Sitzungen im Bundesministerium, in der Ärztekammer Nordrhein und in Berlin hat sich der Wunsch heraus kristallisiert, dieses Thema gemeinsam und konkret zu bearbeiten. Gleichzeitig wurde die Idee einer zentralen Institution verworfen.

Auf der gemeinsamen Sitzung der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, damals noch in der alten Besetzung, und der Bundesärztekammer am 29. Oktober 2004 wurde deswegen beschlossen, dass zur kontinuierlichen Förderung der Patientensicherheit und zur Weiterentwicklung einer Fehlerkultur die Vorstände beider Einrichtungen die Etablierung von beinahe Fehlerberichtssystemen und die Bildung eines Netzwerks für Fehlervermeidungsstrategien und Risikomanagement zwecks Bündelung der bereits auf Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung und der Medizinischen Fachgesellschaften entwickelten Initiativen befürworten.

Wie sieht das konkret aus? Nehmen Sie die ärztliche Selbstverwaltung als Ausgangspunkt. Wir bilden keine Wagenburg. Wir stehen zu dem was wir tun, auch wenn es unerfreulich ist. Wir arbeiten selbstverständlich mit allen Institutionen zusammen, die mit diesem Thema zu tun haben. Gemeinsamkeit macht stark und schafft wichtige Verbündete.

Die Abstimmung mit diesen Einrichtungen erfolgt durch eine Organisation auf gleicher Augenhöhe, als so genannte Netzwerkorganisation, zwischen Selbstverwaltung, wissenschaftlichen Fachgruppen und Berufsverbänden, dem Pflgerat, den Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft, Patientenorganisationen und anderer Institutionen.

Offenheit und Transparenz schafft Vertrauen. Vertrauen brauchen wir, Vertrauen brauchen unsere Patienten. Wir müssen den Kulturwandel fördern, nämlich die Abkehr der Suche nach Schuldigen und die Hinwendung zur Suche nach Ursachen. Nicht "WER war schuld" sondern "WAS war schuld" ist künftig die Leitfrage bei Fehlern oder unerwünschten Ereignissen. Sie hilft Ursachen zu erkennen und abzustellen. Dies entspricht auch unserer ärztlichen Professionalität und unserem Selbstverständnis als freier Beruf.

Durch die Definition von Praxisstandards, beispielsweise durch Leitlinien, durch Qualitätsmanagementverfahren und Verfahren des Risikomanagements und der Definition von Qualitätsindikatoren werden Fixpunkte geschaffen, die helfen, gesteckte Ziele konkret zu erreichen.

Wir müssen das neue Wissen und die besseren Fertigkeiten im Umgang mit schwierigen Situationen unter die Leute, d. h. unter unsere Kolleginnen und Kollegen, bringen. Deswegen müssen gezielt Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen geschaffen, unterstützt und verbreitet werden.

Noch einmal konkret zu den Verfahren und Instrumenten. Das sind Dinge, die z. T. bereits konkret vorhanden sind und jederzeit angewandt und umgesetzt werden können.

Zu allererst sei auf die Arbeit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hingewiesen. Das UAW-Kürzel ist uns allen bekannt. Risiken und Nebenwirkungen in der Arzneimitteltherapie werden über die AkdAe gesammelt und sachgerecht weitergeleitet und bearbeitet. Eine Fortbildung in Sachen Fehler- und Risikomanagement wurde von den Landesärztekammern Bayern und Berlin bereits mit Erfolg durchgeführt. Die Übernahme in das eigene Fortbildungsangebot sei hiermit herzlich empfohlen.

Risikomanagementmodule in der Zertifizierung von Kliniken und Praxen, beispielsweise in der KTQ oder auch im ambulanten Zertifikat der KBV, sind in Vorbereitung.

Das Curriculum Qualitätsmanagement, das bereits weit über tausend Kolleginnen und Kollegen durchlaufen haben und das zum Standardrepertoire aller Landesärztekammern gehört, wird durch ein entsprechendes Modul ergänzt. Auf dem Markt und als einzige seriöse deutschsprachige Produktion wurde in einer Kooperation zwischen Österreich, Schweiz und Deutschland ein Buch und ein Glossar zum Thema Patientensicherheit vor wenigen Monaten veröffentlicht. Weitere Informationen erhalten Sie gerne über unsere Kolleginnen und Kollegen vom Ärztlichen Zentrum für Qualität. Diese haben in bekannter Schnelligkeit unter [www.forum-patientensicherheit.de](http://www.forum-patientensicherheit.de) eine leserwerte Homepage ins Internet gestellt. Vielleicht schauen Sie mal rein. Von sehr zentraler Bedeutung ist die beschlossene Aufarbeitung von Fällen der Gutachterkommission und Schlichtungsstellen. Diese haben in der Vergangenheit eine außerordentlich gute Arbeit dadurch geleistet, dass Beschwerden von Patientinnen und Patienten objektiv und tiefgehend abgearbeitet wurden mit dem Ziel der Klärung der Frage, ob ein

Behandlungsfehler vorliegt und ob gegebenenfalls finanzielle Kompensation zu leisten ist. Neben dieser Abarbeitung von Fällen im Einzelfall gehört künftig die Aufarbeitung von Fällen mit der Frage nach gemeinsamen Ursachen oder bestimmten Risikozonen, in denen die Sicherheit von Patienten gefährdet ist, zum künftigen Alltag dieser Einrichtungen. Ich verspreche mir sehr viel davon, aus dem künftigen Zahlenmaterial, aber auch aus den Erfahrungen der Gutachter lernen zu können.

Auf die Fehlerlernsysteme habe ich bereits kurz hingewiesen. Prof. Ferdinand Gerlach, dem Ordinarius für Allgemeinmedizin an der Universität in Frankfurt sei für seine homepage [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) vorwiegend für Hausärzte und Herrn Prof. Dr. Scheidegger, Department für Anästhesie im Universitätsspital Basel für sein anonymes Fehlerberichtssystem [www.cirsmmedical.ch](http://www.cirsmmedical.ch) herzlich gedankt. Die KBV hat sich dort unter [www.cirsmmedical.ch/kbv](http://www.cirsmmedical.ch/kbv) für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Die Nachfrage ist sehr gut. Für viele Kolleginnen und Kollegen scheint geradezu ein Damm gebrochen zu sein. Endlich kann man seine wichtigen Erfahrungen ohne Risiko und Schaden für die eigene Person sinnbringend loswerden.

Um die Kommunikation und die Organisation im ärztlichen Dienst zu verbessern, bereitet die Bundesärztekammer derzeit ein Curriculum Ärztliche Führung vor. Möge es die Grundlage für einen besseren Umgang im ärztlichen Dienst sein.

Nicht verschweigen darf man die Hemmnisse im Umgang mit diesem Thema. Lassen Sie mich vier Punkte konkret und kurz ansprechen. Das erste Hemmnis kommt aus der Psychologie. Es ist das Prinzip der selektiven Wahrnehmung. Sowohl der Arzt wie auch der Patient haben einen Null-Fehler-Anspruch. Kein Patient geht zum Arzt in der Annahme, dass bei ihm etwas schief geht, kein Arzt beginnt eine Therapie in der Absicht oder in der grundlegenden Annahme, dass er jetzt einen Fehler produziert. Wir arbeiten nach bestem Wissen und Gewissen, auch wenn sowohl Arzt wie auch Patient sich heimlich eingestehen, dass nicht immer alles hundertprozentig funktionieren kann. Ein Null-Fehler-Anspruch, durch welche Umstände auch immer verstärkt, führt jedoch dazu, dass man auf einem Auge blind zu werden droht und unerwünschte Ereignisse, nach dem Muster des was nicht sein kann, was nicht sein darf einfach ausblendet. Die Psychologie der Arzt-Patienten-Beziehung ist nicht immer hilfreich. Unangenehmes wird genauso ausgeblendet wie man einen verletzten Arm ebenfalls instinktiv ruhigstellt. Probleme müssen aber vollständig aufgearbeitet werden, auch wenn es unangenehm ist.

Das zweite Hemmnis ist das Haftungsrisiko. Nicht selten verbieten Haftpflichtversicherungen jede Form der Stellungnahme bei fehlerhaften Abläufen. Der Arzt, der sich selbst einer Schuld an einem Fehler bezichtigt, verliert den Haftungsschutz und damit eine wichtige Grundlage zu einer beruflichen Existenz. Bis allerdings Vertreter der jeweiligen Versicherungen ein klärendes Gespräch mit Patient oder Angehörigen geführt haben, ist in der Regel so viel Boden verbrannt, dass eine friedliche Beilegung des Konfliktes nicht mehr möglich ist.

Das dritte Hemmnis ist das altbekannte Sündenbock-Prinzip, wenn etwas schief geht, sucht man in der Regel den einen Schuldigen, der spektakulär und öffentlichkeitswirksam vorgeführt und abgeurteilt wird. Die tatsächliche Ursachen für den Fehler bleiben nach dieser mehr oder weniger rituellen Handlung unreflektiert. Im englischen Sprachgebrauch taucht der Arzt in diesem Zusammenhang als das zweite Opfer auf. Wem bereits ein Fehler in seiner beruflichen Tätigkeit passiert ist, kennt dies. Ein schwerwiegender Kunstfehler ist ein Super GAU - auch für den Arzt.

Das vierte und letzte Hemmnis ist der politische Missbrauch. Ein kritischer Journalist stellte mir vor einer Woche die Frage, warum nicht schon längst in deutschen Krankenhäusern Fehlerlernsysteme eingeführt worden seien. Die Antwort darauf ist relativ einfach. Ein Krankenhaus, das sich einem verschärften Wettbewerb und der drohenden Schließung gegenüber sieht, läuft Gefahr, dass jede öffentlichkeitswirksame Einführung eines Fehlerlernsystems so interpretiert wird, dass in diesem Krankenhaus möglicherweise besonders viele Fehler vorliegen. Eine solche - falsche - Annahme hätte unabsehbare Konsequenzen. Also war Leisetreteri angesagt. Auch hier hätten wir den Beweis: Misstrauen in der Politik verhindert wichtige Weiterentwicklungen unseres Gesundheitswesens.

Welche Ziele können wir mit diesem Thema verbinden und, sehr geehrter Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren, bitte sehen Sie mir nach, dass einige dieser Ziele durchaus noch auf der Wunschliste zu finden sind und nicht im ersten Anlauf erreicht werden können.

Eine höhere Patientensicherheit und weniger vermeidbare Fehler führen zu einer besseren Medizin. Dies ist nachvollziehbar. Sie führt ebenfalls zu einem höheren Ansehen und zu einem größeren Vertrauen in die Ärzteschaft. Die meisten Patienten möchten nicht vor Beginn einer Behandlung stunden- oder tagelang recherchieren und auswählen, geschweige denn dem Arzt konkrete Empfehlungen abgeben, was er zu tun hat. Die Patienten möchten sich vorbehaltlos und vertrauensvoll in ärztliche Behandlung begeben können. Dies gelingt bei einer möglichst hohen Patientensicherheit leicht.

Geringere Kosten entstehen durch geringeren Aufwand in der Schadensbeseitigung. Dies betrifft nicht nur Reoperationen oder die Anwendung von Antibiotika bei Infektionen, sondern auch den großen Bereich der Berufsunfähigkeit und der Rehabilitation.

Weniger Leid klingt schon fast lakonisch. Wer es einmal miterlebt hat, wie viel Leid produziert wird, wenn Schäden oder unerwünschte Ereignisse in der Behandlung auftreten und zwar Leid bei Patient und Arzt, der weiß, dass diese emotionale Seite nicht zu unterschätzen ist.

Im Idealfall entsteht eine Win-Win-Win-Situation, es profitieren alle: Der Arzt durch eine bessere Medizin, der Patient durch eine sicherere Medizin und die Versicherungsgemeinschaft durch niedrigere Kosten. Das alles durch gemeinsame Aktionen und das Verfolgen eines gemeinsamen Zieles.

Jetzt kommt die Wunschliste: Ich erhoffe mir durch die systematische Aufarbeitung von Risiken und Fehlern in der Patientenversorgung mehr Wahrheit und eine bessere Zusammenarbeit. Ich mag die Reibungsverluste nicht, die durch gegenseitige Beschimpfungen und Misstrauen entstehen. Sie machen uns nur das Leben schwer. Ich halte ich es nicht für richtig, mit Mutmaßungen zu arbeiten, um konkrete Entscheidungen zu treffen. Wir brauchen Fakten, wir brauchen konkrete Erkenntnisse und müssen die Konsequenzen daraus ziehen.

Ich erhoffe mir eine größere Einsicht wie unsere Patientenversorgung besser organisiert werden kann. Das Motto der humanen Arbeitsbedingungen für eine humane Patientenversorgung sollte auch Politik und Öffentlichkeit überzeugen. Wo Arbeitsbedingungen inhuman sind, sind Fehler an der Tagesordnung.

Ich erhoffe mir ein Ende des Schwarze-Peter-Spiels. Es darf nicht mehr angehen, dass an irgendwelchen grünen Tischen Entscheidungen getroffen werden, für die anschließend der Arzt die persönliche Verantwortung zu übernehmen hat. Dieses Spiel ist perfide, dieses Spiel muss aufhören.

Das gleiche gilt selbstverständlich auf der politischen Ebene. Wenn im großen Stil die Grundlagen für eine gute Patientenversorgung entzogen werden, muss man dies benennen können. Ein besseres Miteinander und eine bessere objektive Grundlage unserer Arbeit erhöht die Freude am Arztsein. Das zunehmende Dilemma des Arztes zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Patientenbetreuung und einem immer weniger befriedigenden Kompromiss zu finden würde geringer. Und last but not least als Kammervorteil erhoffe ich mir dabei ein höheres Ansehen der Kammern als Moderatoren und Protagonisten dieses Themas. Wir sind Dienstleistungseinrichtungen gegenüber Ärzten und Patienten mit hoheitlichen Aufgaben. Dem werden wir gerecht.

*Der Deutsche Ärztetag möge deshalb feststellen:*

- Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit basieren auf Vertrauen. Beinahe-Fehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention. Dass über vermeidbare Zwischenfälle berichtet wird, setzt neben der Freiwilligkeit der Teilnahme an einem Berichtssystem voraus, dass lückenlos anonymisiert und frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden kann;
- Im Zentrum der Entwicklungsarbeit für neue Fehlervermeidungsstrategien steht die Suche nach organisations-oder kommunikationsbedingten Verbesserungspotentialen und Schnittstellenproblematiken in der Behandlungs- bzw. Versorgungskette; die individuelle Verantwortung bleibt unberührt.
- Plakative Schuldzuweisungen und Skandalisierungen des Themas führen nicht zur Aufklärung, sondern zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten und schaden der Patientensicherheit.
- Die Förderung einer sicheren Patientenversorgung führt zu einer "win-win-win-Situation" durch eine sicherere Versorgung, solidere Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten und weniger Kosten.

*Der Deutsche Ärztetag begrüßt:*

- die Entwicklung und Implementierung von Fehlervermeidungsstrategien in der medizinischen Versorgung;
- die Unterstützung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten zur kontinuierlichen Erhöhung der Patientensicherheit;
- die Flankierung der Initiativen zur Patientensicherheit durch Versorgungsforschung;
- die Zusammenführung und Koordination bestehender Aktivitäten zur Intensivierung des interdisziplinären Erfahrungsaustauschs und Wissenstransfers in einer Netzwerkorganisation;

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde in einer konzertierten Aktion gemeinsam mit Vertretern der Patientinnen und Patienten am 11. April 2005 in den Räumen der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf gegründet und steht allen Ärztinnen und Ärzten und anderen Partnern des Gesundheitswesens offen ([www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)).

Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich bei all denjenigen bedanken, die bereits in so genannter grauer Vorzeit, nämlich bereits in den 60er, 70er und 80er Jahren sich mit diesem Thema befasst haben und sich in der Gegenwart in welcher Position auch immer dieser Aufgabe verschrieben haben. Ich freue mich über

das Engagement auf allen Ebenen im konkreten Alltag in Klinik und Praxis wie auf der Ebene der hohen Politik, die Sicherheit der Patientenversorgung zu

verbessern und Risiken systematisch zu vermeiden. Das ist nicht einfach, aber das sind wir ja gewöhnt.

Mit einem Ausblick über unsere zukünftige Vergangenheit bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit, bitte Sie um Ihre Zustimmung zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und freue mich auf den Vortrag von Prof. Matthias Schrappe.

Herzlichen Dank.