

»Nicht jeden Fehler selber machen«

Welche Fehler passieren in Hausarztpraxen am häufigsten?

Ferdinand M. Gerlach: Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Wir wissen aber aus der ersten internationalen Studie über Fehler in hausärztlichen Praxen, an der auch unser Institut beteiligt war, dass vor allem Medikationsfehler, Laborfehler und alle Fehler, die mit Kommunikation zu tun haben, in hausärztlichen Praxen besonders häufig sind. Medikationsfehler sind auch deshalb so häufig, weil etwa 60 bis 70 Prozent aller Arzneimittel im ambulanten Sektor von Hausärzten verordnet werden.

Wie lassen sich diese Fehler vermeiden?

Da greifen, je nach Fehlertyp, unterschiedliche Strategien. Vor verfallenen oder fehlenden Medikamenten im Notfallkoffer schützt beispielsweise eine Checkliste und eine klare Verantwortlichkeit im Praxisteam. Versehentliche Fehldosierungen oder Verordnungen trotz bestehender Kontraindikation könnten gegebenenfalls durch automa-

tische Warnhinweise in der Praxis-EDV vermieden werden. Ein praxisinternes Fehlerbuch und die Analyse der Zwischenfälle sensibilisieren die Mitarbeiter für fehlergeneigte Situationen. Einmal identifizierte Sicherheitslücken kann das Praxisteam oft schnell und wirksam schließen.

Welche Rolle spielt dabei das internetgestützte, anonyme Berichtssystem www.jeder-fehler-zaeht.de?

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte bietet die Möglichkeit, über eigene Fehler, Beinahefehler und kritische Ereignisse strukturiert zu berichten. Ausgewählte Fehler werden als Fehler der Woche beziehungsweise Fehler des Monats im Internet veröffentlicht und ermöglichen so gemeinsames Lernen. Alle Interessierten kommentieren und diskutieren auf der Homepage und tauschen Tipps über Verbesserungen aus. Eine Grundidee ist: Man muss nicht jeden Fehler erst selbst gemacht haben, um daraus zu lernen.



Professor Dr. Ferdinand M. Gerlach ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Inwieweit sind Sie Ihrem Ziel näher gekommen, in Hausarztpraxen flächendeckend ein Risikomanagement zu etablieren?

Wir sind bereits ein gutes Stück vorangekommen. In einem Projekt mit hessischen Hausarztpraxen untersuchen wir zum Beispiel gerade systematisch die Ursachen und die Möglichkeiten der Vermeidung von Medikationsfehlern. Bezogen auf die flächendeckende Einführung eines Risikomanagements stehen wir in Deutschland allerdings generell noch ganz am Anfang.

Monate. Nach den Erfahrungen mit den Bremer Kliniken liegt das besondere Augenmerk in der Verbesserung der Kommunikationsstrukturen und der Akzeptanzsteigerung bei allen Beteiligten. Nur wenn Anonymität garantiert war, ließen sich bisher Klinikmitarbeiter zur Teilnahme bewegen. In Zukunft müssen aber vielmehr Strategien greifen, die auf Vertrauen statt auf Anonymität angelegt sind. Folgende Bedingungen schaffen ein Klima des Vertrauens:

- Das Projekt muss von der Leitungsebene getragen werden.
- Es bedarf eines Multiplikators auf Abteilungsebene, der sich verantwortlich für das Projekt fühlt.
- Die Einbeziehung allein des Qualitätsmanagements reicht nicht aus.
- Teamarbeit: direkte Rückmeldung der Beinahe-Fehler und Besprechung im Team, kurze Zeiträume einer Rückmeldung über den Stand des Projektes.
- interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Das norddeutsche Projekt zum Risikomanagement verfügt über Instrumente, die die interne Kommunikation verbessern. Außerdem nutzen sie die Ressourcen, die sich durch externe Auswertung und Begleitung des Projektes ergeben. Die Kommunikation zwischen innen und außen bildet die Voraussetzungen für ein dauerhaft etabliertes Risikomanagement.

Schnelle Rückmeldung der Ergebnisse. Jede Klinik beziehungsweise jede größere Abteilung einer Klinik benannte Verantwortliche aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich. Diese sind Ansprechpartner für ihre Kollegen und halten den Kontakt zum IGMR. Die Ansprechpartner erhalten vom IGMR monatlich einen Überblick über die eingegangenen Berichtsbögen ihrer Abteilung, über die Berichte insgesamt und eine statistische Aufbereitung. Auf der Grundlage der eingegangenen Berichtsbögen wird von den Autoren ein Fall des Monats ausgewählt, der unter Hinzuziehung medizinischen Sachverständes medizinisch und juristisch beurteilt wird. Dieser Fall wird in den Kliniken intern kommuniziert.

Die Ansprechpartner stehen in der Verantwortung, für das CIR-System in ihrer Abteilung zu werben und das Projekt am Laufen zu halten. Sie sollen rückmelden, wie die Fälle des Monats und die monatlichen Ergebnisse kommuniziert werden. Die regelmäßige, in kurzen Abständen stattfindende Rückspiegelung der Ergebnisse und der Fall des Monats führen dazu, dass dem CIR-System die notwendige Aufmerksamkeit zukommt und die Berichtsbereitschaft nicht erlahmt.

Dr. Kathrin Becker-Schwarze und **Professor Dr. Dieter Hart** arbeiten am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen.