

Konstruktive Fehlerkultur in Krankenhaus und Praxis

Fragen nach der Sicherheit von ärztlichen Behandlungen sind so alt wie die Medizin selbst, denn oberster Anspruch des hippokratischen Berufsethos ist das Primat der möglichst schadenfreien Therapie („Primum non nocere“). Heute sollen moderne Managementmethoden bei der systematischen Fehlervermeidung helfen.

von Nils Löber

Wo immer Menschen arbeiten, gibt es auch Fehlerrisiken. In zahlreichen Hochsicherheitsbranchen wie der zivilen Luftfahrt oder der Nukleartechnik sind deshalb bereits seit vielen Jahren Maßnahmen des Fehler- und Risikomanagements entwickelt worden, die zwar vielerorts das Schadenspotential signifikant gesenkt haben, jedoch nie zum utopischen Ziel der absoluten Fehlerfreiheit führen konnten. Im deutschen Gesundheitswesen hingegen herrscht immer noch in vielen Bereichen die Meinung vor, ärztliches Handeln sei frei von Fehlern.

Öffentliche Schuldeingeständnisse, erste Anzeichen fehlerbezogener Äußerungen von Ärzten (zum Beispiel die Publikation „Aus Fehlern lernen“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit aus dem Jahre 2008) und zahlreiche Initiativen von Interessensorganisationen und ärztlichen Repräsentativorganen (zum Beispiel die zukunftswei-

senden und dankenswerten Initiativen des 2009 gegründeten Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn oder die zahlreichen Aktivitäten des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein) weisen in eine wünschenswerte Richtung. Von einer umfassenden Sensibilisierung für patientenbezogene Sicherheitsthematiken aller Leistungsträger des deutschen Gesundheitswesens kann jedoch bisher keine Rede sein.

Vielversprechende Ansätze des Qualitäts-, Risiko-, und Fehlermanagements finden sich bereits verstärkt im Krankenhaussektor. Wesentlich schwerer mit der gesetzlich geforderten Implementierung von qualitätsorientierten Managementsystemen tun sich bisher noch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, auch in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Dies mag insbesondere in Hinblick auf die begrenzten organisatorischen, finanziellen und personellen Ressourcen dieser Einrichtungen verständlich erscheinen. Eine generelle Erklärung für die mangelhafte Verbreitung von patientensicherheitsorientierten Maßnahmen in Arztpraxen und MVZ ist dies jedoch nicht.

Fehlermanagement am Beispiel von CIRIS

Denn erfolgreiches Fehlermanagement beschränkt sich nicht nur auf die Bereitstellung der hierfür notwendigen Ressourcen und die Sicherstellung von entsprechenden Handlungskompetenzen, also

auf das Können der Organisationsmitglieder. Auch das Wissen um die erfolgreiche Nutzung von möglichen Maßnahmen des Fehlermanagements und das Wollen, also die Einstellung der Mitarbeiter, müssen analog bzw. vorab entwickelt werden.

Am Beispiel des momentan stark in Öffentlichkeit und Praxis verbreiteten Fehlermanagementinstruments CIRIS (Critical Incident Reporting System) soll diese Triade von Wollen, Können und Wissen exemplarisch erläutert werden.

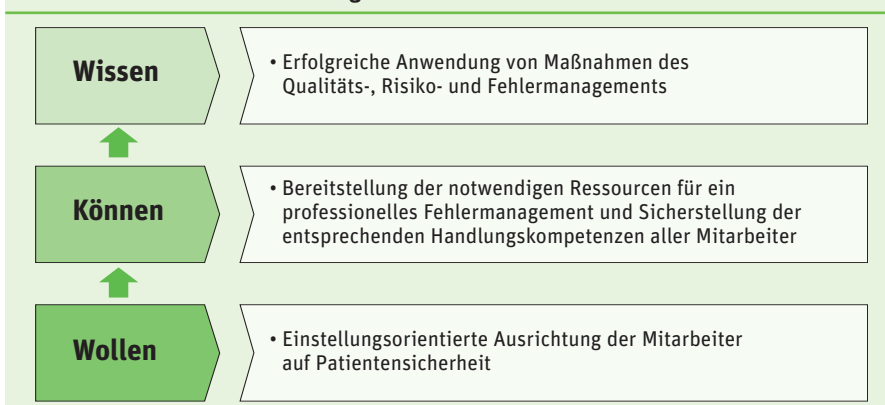
Wollen: Die konstruktive Fehlerkultur als Basis des Fehlermanagements

Bevor Instrumente des Fehlermanagements erfolgreich in Arztpraxen, MVZ und Krankenhäusern implementiert werden können, bedarf es einer umfassenden Einstellungsveränderung aller Mitarbeiter – weg von der vorherrschenden „Culture of Blame“ – hin zu einem flächendeckenden, offenen und konstruktiven Umgang mit Risiken und Fehlern in der medizinischen Praxis. Dies beschreibt gleichzeitig die größte Herausforderung, da Veränderungen auf der Einstellungsebene nur erfolgreich durch einen Kulturwandel sichergestellt werden können.

Gemeint ist hier die Etablierung einer konstruktiven oder aktiven Fehlerkultur, wie sie auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, oder erst kürzlich auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, nachdrücklich forderten. Zentrale Dimensionen einer solchen konstruktiven Fehlerkultur, die zwar als Ziel eine möglichst geringe Frequenz von kritischen Ereignissen und Behandlungsschäden formuliert, im Kern aber auch das kreative Lernpotential von entstandenen Fehlern erkennt und nutzt, sind unter anderem Vertrauen, Gerechtigkeit und Kommunikation.

Das Lernen aus Fehlern ist grundlegend im Hinblick auf eine verbesserte Patientensicherheit. Lernprozesse sind jedoch nur dann erfolgreich, wenn Mitarbeiter in der Arbeitspraxis kreativ und flexibel auf kritische, die Patientensicherheit gefährdende Situationen reagieren können und dürfen. Hierfür muss seitens der Praxis- oder Krankenhausführung Vertrauen in die Handlungskompetenz der Mitarbeiter bestehen. Denn nur in einer vertrauensvollen, vorurteilsfreien Umgebung werden Angestellte mit Kollegen in der Praxis über patientensicherheitsrelevante Probleme sprechen.

Die drei Stufen des Fehlermanagements



Gleichzeitig müssen alle Mitarbeiter ein Gefühl des gerechten Umgangs miteinander erfahren, um im Vertrauen auf Sanktionsfreiheit relevante Probleme ansprechen zu können. Da die Artikulation von eigenen Fehlern oder wahrgenommenen (Beinahe-)Zwischenfällen von Kollegen meist eine große psychologisch-emotionale Barriere darstellt, sollten die Verantwortungsträger in Krankenhaus und Arztpraxis um ein Klima „positiver Emotionalität“ bemüht sein. Das allumfassende Erfolgsmoment einer konstruktiven Fehlerkultur ist in effektiven und „guten“ Kommunikationsstrukturen zu finden. Allein die Auswertung aller seit Dezember 2004 auf der bundesweiten CIRS-Datenbank für Hausarztpraxen www.jeder-fehler-zaehlt.de dokumentierten „Fehler des Monats“ zeigt, dass bei über 60 Prozent aller gemeldeten (Beinahe-)Zwischenfälle Kommunikationsdefizite ursächlich beteiligt waren.

Können: Ressourcen für die Implementierung von CIRS

Alle in Deutschland entwickelten CIRS-Initiativen (zum Beispiel des Aktionsbündnisses Patientensicherheit) orientieren sich zwar an sinnvollen Empfehlungen und bieten meist leicht verständliche und intuitive Benutzeroberflächen für eine systematische und nachvollziehbare Dokumentation von (Beinahe-)Zwischenfällen. Als Beispiel sei hier erneut auf die CIRS-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin www.jeder-fehler-zaehlt.de verwiesen. Trotzdem müssen zunächst systemseitig in der Arztpraxis und im Krankenhaus die hardware-technischen Voraussetzungen für die Nutzung eines CIRS geschaffen werden. Noch wichtiger als die Installation einer entsprechenden Hardware ist die Vermittlung der operativen Nutzungskompetenzen für alle Mitarbeiter und das Einrichten von Zeitfenstern im betrieblichen Ablauf, um ein möglichst hohes Meldeaufkommen zu generieren.

Wissen: Von der Theorie zur Meldepraxis

Selbst wenn Mitarbeiter theoretisch die Fähigkeiten zur Nutzung eines CIRS besitzen, garantiert dies nicht automatisch dessen konkrete Nutzung. Die praktische Umsetzung der konstruktiven Fehlerkultur muss täglich führungsseitig vorgelebt und permanent trainiert bzw. praktiziert werden. Hierzu bedarf es entsprechender Anreizsysteme, die den Mitarbeitern die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines

Ausgewählte Instrumente des Risikomanagements

- Root Cause Analysis
- Retrospektive Fallanalysen
- Ishikawa-Diagramme/Fehlerbaumanalyse
- Checklisten
- Prozess-Blueprints/Prozessorientierte Risikoanalyse

CIRS vor Augen führen und so dessen Nutzung „stimulieren“. Dazu zählt insbesondere eine grundlegende Enttabuisierung der Fehlerthematik (Konstruktive Fehlerkultur) und eine Belohnungskultur, die in der Folge die intrinsische Motivation aller Mitarbeiter zur Beteiligung an Meldeprozessen erhöht. Nur so werden Informationen und Probleme deutlich, die überhaupt erst die sinnvolle Ableitung von Verbesserungen ermöglichen.

CIRS alleine reicht nicht

Der große Nutzen von CIRS zum Risiko- und Fehlermanagement liegt in der Generierung von Risikoinformationen. Dies funktioniert, wenn man Meldehäufigkeiten verschiedener CIRS-Projekte betrachtet, bereits recht gut. Positive Effekte im Hinblick auf die Steigerung von Patientensicherheit können sich jedoch nur dann einstellen, wenn die gesammelten Informationen in der Auswertung einer Risikoabschätzung und -bewertung unterzogen werden und anschließend Handlungskonsequenzen abgeleitet werden.

Gerade daran scheitern bisher noch viele Häuser und Praxen, da das umfassende Verständnis für integrative Risikomanage-

mentsysteme, zu denen eben auch die Etablierung einer konstruktiven Fehlerkultur gehört, fehlt: CIRS alleine ist keine ausreichende Basis für ein professionelles Risiko- und Fehlermanagement. Zwar verbessern CIRS-Initiativen die internen Kommunikationsstrukturen und können in der externen Kommunikation die Bemühungen um Qualitätsverbesserungen demonstrieren. CIRS ist jedoch nur ein einzelnes Instrument im Gesamtkontext der konstruktiven Fehlerkultur und muss um zusätzliche Ansätze des Qualitäts-, Risiko- und Fehlermanagements erweitert werden.

Die skizzierten Umfänge einer erfolgreichen Reorganisation von Arztpraxen und Krankenhäusern hin zu patientensicherheitsorientierten Gesundheitseinrichtungen lassen es bereits vermuten: Es ist ein langer Weg von der momentan noch weit verbreiteten Negierung und Stigmatisierung medizinischer Zwischenfälle hin zu einem konstruktiven Umgang mit patientensicherheitsrelevanten Fragestellungen. Gefragt ist die aktive Mitarbeit aller am Behandlungsprozess Beteiligten.

Insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte könnten hier den entscheidenden Impuls für die Weichenstellung hin zu einem flächendeckenden, konstruktiv ausgerichteten Management von (Beinahe-)Zwischenfällen liefern.

Die vielfach im Gesundheitskontext als unethisch empfundene „Ökonomisierung“ von medizinischen Leistungen liefert ein schlagendes Argument für die intensive Auseinandersetzung mit Fragen der Patientensicherheit: Das aktive Ausrichten allen Handelns auf das zentrale Ziel höchstmöglicher Patientensicherheit rechnet sich ökonomisch zum einen durch mittel- und langfristig sinkende Fehlerraten, die die Behandlungsqualität für den Patienten und damit die Akzeptanz und das Verständnis ärztlicher Entscheidungen erhöhen. Zum anderen liefern Risiko- und Fehlermanagementsysteme einen finanziellen Beitrag zur Kosten- und Erläsoptimierung in allen Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Kfm. (univ.) Nils Löber
 Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
 WFI – Ingolstadt School of Management
 Lehrstuhl für Dienstleistungsmanagement
 Auf der Schanz 49, D-85049 Ingolstadt
 E-Mail: nils.loeber@ku-eichstaett.de
 Internet: www.dlm-stauss.de

Ausgewählte web-gestützte CIRS-Projekte

- www.jeder-fehler-zaehlt.de
CIRS für Hausarztpraxen
- www.cirs-paediatric.de
CIRS für die Pädiatrie
- www.cirsmedical.de
CIRS der deutschen Ärzteschaft
- www.pasis.de
Patienten-Sicherheits-Informationssystem der Universität Tübingen
- www.pasos-ains.de
CIRS der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
- www.kh-cirs.de
Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland