

Begrüßung und Grußworte CIRS Forte am 30.10.2019

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Ausgang ärztlichen Handelns sind die Fragen, wie können die vier Prinzipien – Respekt vor der Autonomie der Patientin oder des Patienten, Wohlergehen (beneficence), Schadensvermeidung (nonmaleficence) und Gleichbehandlung (justice) – in der Berufspraxis realisiert werden. Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss Vertrauen und auf ethischen Prinzipien beruhen. Vertrauen kann ein Patient nur fassen, wenn der Arzt ihm vermittelt wird, dass er sein Handeln immer wieder reflektiert und die nötigen Konsequenzen daraus für weiteres Handeln zieht.

Sollte das ärztliche Handeln nicht fehlerfrei sein und von Misserfolgen verschont werden? Ja – durchaus, das ist wünschenswert, aber nicht realistisch.

Günter Ollenschläger hat in seiner Publikation „Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit“ darauf verwiesen, dass seit der Publikation: „To Err is Human“ aus dem Jahr 1999 des Institute of Medicine der National Academy of Sciences das Thema ‚medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit‘ in der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussion eine hohe Bedeutung erlangt hat. So schätzen die Autoren, dass jedes Jahr zwischen 44.000 und 98.000 Patientinnen und Patienten in US-amerikanischen Krankenhäusern an vermeidbaren unerwünschten Ereignissen verstarben. So haben Die Patientensicherheit und Fehlermanagement eine zunehmende Bedeutung erlangt. Die Inhalte der dort beschriebenen Studien aus Australien und den USA sind Ihnen sicher bekannt und werden in den Beiträgen heute wohl auch eine Rolle spielen.

Was ergibt sich für Deutschland daraus? Günter Ollenschläger geht von übereinstimmenden Trends aus und postuliert, dass es sich bei behandlungsassoziierten oder auch bei fehlerinduzierten Gesundheitsstörungen um globale Probleme handelt. Epidemiologische Studien zu dem Thema sind mehr als wünschenswert.

Aber wo ist der Ursprung von Fehlern zu suchen?

Günter Ollenschläger unterteilt diese in krankheitsimmanente Faktoren wie z.B. Progressionsverläufe, behandlungsimmanente Faktoren wie z.B. Nebenwirkungen und organisatorische Unzulänglichkeiten bei Verfahrensabläufen, SOPs, Schnittstellen und Zusammenarbeit der Behandlungssektoren. Wir alle kennen diese Problemlagen nur zu gut. Fehler sind einerseits unvermeidlich und andererseits bedeutet das, dass man auch durch Weiterentwicklung der Systeme Fehler vermeiden kann.

Lernen bedeutet, aus den Erfahrungen des anderen und seinem Wissen Rückschlüsse ziehen zu können. So können Fehler durch Reflexion vermieden werden und Misserfolge in der Behandlung minimiert werden.

Es existieren Handlungsempfehlungen wie „Handeln bevor etwas passiert“ vom Aktionsbündnis Patientensicherheit für Berufe im Gesundheitswesen. Sie geben Hinweise und Empfehlungen für eine erfolgreiche Umsetzung eines Fehlermanagements.

Auch Müller und Pommée verweisen in ihren Beiträgen natürlich auf die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Critical Incident Reporting System – CIRS ist ein System, das weiterführt.

Der systematische Umgang mit Fehlern, also das Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen, das Fehlermanagement, ist Teil des sogenannten PDCA-Zyklus von Deming, der einen kontinuierlichen Kreislauf mit schrittweiser Systemverbesserung aufzeigt. Sorgfältige Planung (Plan), Implementierung (Do) und Analyse von Maßnahmen in Sinne der Wirksamkeit (Check) sowie nachfolgender Systemmodifikation (Act) sind die Schritte, die im Fehlermanagement nachvollziehbar sein sollen. Dieser Zyklus stellt den Kern von Qualitätsmanagement dar.

Das Lernen aus Fehlern muss in einer Organisation geplant und unterstützt werden. Dazu müssen die Beteiligten spüren, dass sie ihre Arbeitsumwelt mitgestalten können. Sie werden zum Berichten eingeladen, es besteht dazu keine Verpflichtung. Sie müssen wissen, dass ihnen für kritische Anmerkungen und Berichte Wertschätzung entgegengebracht wird und dass mit Berichten sensibel umgegangen wird. Es muss klar sein, dass die Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter selbst keine Nachteile aus der Nutzung von Fehlermeldesystemen erfahren und dass aus den Berichten erkennbare Veränderungen für mehr Sicherheit der Patientinnen und Patienten und für sie selbst resultieren.

Fehlermeldesysteme im ambulanten Bereich

Wie die meisten Qualitätssicherungs- und Managementverfahren, geht auch das Fehlermanagement mit Fehlermeldesystemen auf freiwillige Initiativen der Ärzteschaft zurück. Aus einem Schweizer Projekt ging 2002 CIRSmedical hervor, 2005 wurde das deutsche CIRSmedical auch als Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Deutschland iniiert und wird seit 2006 durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin organisiert. Darüber hinaus erstellt das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V seit Beginn seiner Gründung im Jahr 2004 Handlungsempfehlungen zur Einrichtung und zum Betrieb von Fehlermeldesystemen im ambulanten Sektor.

Der Gesetzgeber hat den G-BA im Jahr 2013 durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten damit beauftragt, Mindeststandards von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen festzulegen, um die Verbreitung solcher Systeme in Arztpraxen und Krankenhäusern zu unterstützen. Damit wurden Risikomanagement und Fehlermeldesysteme zu einem obligatorischen besonderen Bestandteil des Qualitätsmanagements aufgewertet.

Dazu wurde die seit 2005 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vorhandene Formulierung unter Beteiligung von Experten der Fachgesellschaft GQMG e.V., dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und dem Zentrum für zahnärztliche Qualität präzisiert. Nach der sektorenübergreifenden Ausgestaltung der QM-Richtlinie wurde diese Anforderungen nochmals ausgeweitet: Auch niedergelassene Vertragsärzte sind nun verpflichtet, Fehlermeldesysteme zu nutzen. Dafür stehen vor allem zwei Fehlerberichts- und Lernsysteme zur Verfügung, die öffentlich zugänglich sind: An der Universität Frankfurt wurde vor über 10 Jahren mit „Jeder Fehler zählt“ ein Fehlermeldesystem für den hausärztlichen Bereich geschaffen. Und mit dem Netz CIRS-NRW als Teil von CIRSmedical steht ein sektorenübergreifendes Fehlermeldesystem zur Verfügung.

Leider werden diese Systeme, die für alle Seiten nützlich und nutzbar sind, nicht häufig in Anspruch genommen.

An dieser Stelle tritt nun das Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System – kurz CIRSforte – auf den Plan.

Auch die Patientenerfahrungen werden einbezogen, da Patientinnen und Patienten Fehler und Beinahefehler wahrnehmen, vor allem wenn es sich um Fehler bei der Aufklärung oder Kommunikation handelt. Diese wird in Zukunft auch vom G-BA systematischer genutzt werden, um daraus neue Erkenntnisse zu erlangen.

Die Ergebnisse des Projektes leisten einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung von Verfahren und stärken damit auch die Position der Patientinnen und Patienten.

Aus Fehlern lernen ist ein Grundprinzip, das ich gern unterstütze und ich hoffe und wünsche mir sehr, dass die Ergebnisse aus CIRSforte, auch wenn das Projekt 2020 endet, in das tägliche ärztliche Handeln bei den niedergelassenen Ärzten einfließt und als Weiterentwicklungsinstrument erkannt wird.

Ich wünsche Ihnen einen guten Verlauf der Tagung und danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.