



L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Andere Industrien machen's vor...

Fehlermeldesysteme sind in anderen Branchen seit teilweise Jahrzehnten gang und gäbe. So kennen die Fliegerei, die Nuklearindustrie, die Schifffahrt und die Bahnfahrt solche Critical Incident Reporting Systems (CIRS) als integralen Teil ihres Risk Managements, seitdem dort erkannt wurde, dass der Mensch an der Front mit seinen Erfahrungen täglicher kleiner Fehlhandlungen mit möglichem Schadenspotential eine der wesentlichsten Quellen für die Verbesserung der *Organisationen* ist.

Und die Medizin?

Seit den 90-er Jahren ist erkannt, dass auch das Gesundheitswesen zu den Hochrisikobranchen gehört. Null-Fehlermentalität und Schuldkultur haben aber lange den Blick darauf verstellt. In den letzten Jahren etablieren sich nun zunehmend analoge Fehlermeldesysteme wie in den erwähnten Branchen.

Die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit

Die Schweiz wurde aufgerüttelt, als der Bund aufgrund von Umrechnungen darauf hinwies, dass wir bei uns pro Jahr möglicherweise mit ca. 3000 Toten aufgrund medizinischer Fehler rechnen müssen. Das sind dreimal mehr als im Straßenverkehr. Ob die Zahl genau stimmt, wissen wir nicht. Aber wir müssen davon ausgehen, dass wir das Problem genauso haben, wie andere industrialisierte Länder, in denen es akribisch erforscht wurde. Daraufhin wurde eine Task Force ‚Patientensicherheit‘ vom Bundesrat eingesetzt. Sie erarbeitete Empfehlungen, um dem Problem des Mangels an klinischem Risk Management auf nationaler Ebene zu begegnen. Ende 2003 wurde auf dieser Basis die nationale Stiftung für Patientensicherheit gegründet (www.patientensicherheit.ch).

Neben zahlreichen weiteren Aufgaben und Projekten besteht eine wesentliche Aufgabe der Stiftung darin, Fehlermeldesysteme zu fördern und zu vernetzen mit dem Ziel betriebsübergreifendes Lernen aus lokalen kleinen Fehlern zu fördern um große Katastrophen proaktiv zu verhindern.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Die Herausforderung

Fehlerkultur will gelernt sein. Wer jahrelang sozialisiert wurde in einer Kultur, in welcher Fehler und Lösungen personalisiert bzw. verleugnet werden, wird sich am Anfang schwer tun mit dem erforderlichen Kulturwandel. Voraussetzungen dafür sind:

- Akzeptieren, dass Gesundheitsversorgung ein risikoträchtiges Geschäft ist. D.h.: das Auftreten von Fehlern muss anerkannt werden.
- Begreifen, dass Fehler nicht primär menschliche Ursache haben, sondern die Folge systemischer Voraussetzungen sind. Der Fehler, den ein Mensch macht, ist nicht die Ursache des Problems, sondern er (der Mensch mit seiner Fehlhandlung) ist das letzte Glied in einer Kette von ursächlichen Faktoren in der Organisation. Insofern kann es nicht darum gehen, die Menschen zu verändern, sondern die systemischen und organisationalen Bedingungen, unter welchen Menschen arbeiten. Diese sollen so ausgestaltet werden, dass sie die menschliche Art, zu funktionieren, so berücksichtigen, dass dem Menschen möglichst keine Gelegenheiten erwachsen können, Fehler zu begehen!
- Fehler als Schätze begreifen. Jeder Fehler und jede unsichere Handlung birgt ein großes Lernpotential für die Verbesserung des Systems

Lernquellen für das Risk Management

Eine zentrale Grundlage des Risk Managements ist also das Lernen aus Fehlern. Dafür gibt es verschiedene Lernquellen:

- Begehungen, Prozessanalysen und Expertenaudits der Organisation
- Analyse abgeschlossener Schadensfälle (closed claims studies)
- Systematische Studien zu Fehlerhäufigkeiten und Fehlerarten (z.B. aufgrund von systematischen Analysen von Krankenakten = chart reviews)
- Fehlermeldesysteme (=critical incident reporting systems = CIRS)

Fehlermeldesysteme funktionieren nach dem Prinzip des „just tell it“. Sie sind eine der wichtigsten Lernquellen für das Risk Management. Sie basieren auf der Erkenntnis, dass auf einen schweren Zwischenfall in der Regel mehrere Hundert ähnliche Vorfälle ohne oder mit geringen Schadensfolgen vorausgegangen sind. In Fehlermeldesystemen werden diese harmlosen Fälle (near misses und critical incidents) erfasst und als Quelle für System- und Prozessverbesserungen genutzt, bevor es zur großen Katastrophe kommt.

Grundsätzlich sind Fehlermeldesysteme etwas sehr Einfaches: Es wird von irgendwem gemeldet, sobald ein irgendwo ein Fehler oder ein unsicheres Vorkommnis geschieht. Die Meldung kann strukturiert oder unstrukturiert sein. Es kann ein einfaches System (Papier und Bleistift) reichen. Heute existieren aber auch computergestützte, ausgereifte Systeme (z.B. cirsmmedical; siehe www.cirsmmedical.ch).

Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit

Autor: Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

erschienen: Juli 2005

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Das wichtigste ist die strukturierte Aufarbeitung der Fehlermeldungen im Sinne der Ursachenanalyse und der Maßnahmenableitung. Das Meldesystem hat keinen Selbstzweck, sondern muss immer Teil eines organisierten Verbesserungssystems sein!

Kritische Faktoren für die Implementierung von Fehlermeldesystemen

Bei der Einrichtung eines Fehlermeldesystems in einem Betrieb sind verschiedene Aspekte sorgfältig zu berücksichtigen:

Commitment der Führung: Die betriebliche und fachliche Führung muss das System aktiv wollen und die Mitarbeiter motivieren, es zu nutzen. Zudem hat die Führung kulturelle Vorbildfunktion. Strafkationen und autoritäre Verhaltensmuster sind Kontraindikationen bzw. a-priori-Killer für die Implementierung eines Meldesystems!

Interne Organisation, Verantwortlichkeiten, Melde-, Verarbeitungs- und Rückmeldeverfahren:

Ein klares Konzept mit strukturellen und verfahrenstechnischen Aussagen definiert im Detail, wie das System angewandt, organisiert und betrieben wird.

Grundsätze zu Meldeinhalten (near misses oder auch Schadensfälle?): Je nach Betriebskultur, Betriebsgröße und rechtlichem Umfeld muss klar definiert werden, welche Arzt von Vorkommnissen gemeldet werden soll und welche nicht.

Rechtliche Absicherung bzw. Verfahren und Regeln, die rechtliche Folgen verunmöglichen:

Die Verarbeitung der Meldungen muss sicherstellen, dass neben maximalem Lerneffekt für die Organisation ein maximaler Schutz vor rechtlicher Belangung der Meldenden und der Gesamtorganisation gewährleistet ist.

Technologie: Eine saubere Evaluation der geeigneten Technologie als Voraussetzung für eine maßgeschneiderte Anwendung im Betrieb ist zu empfehlen.

Transparenzgrade (Anonymität, Vertraulichkeit, etc.): der Grad der Transparenz muss definiert werden. Dabei ist zu beachten, dass höchste Anonymität den Lerneffekt schmälert. Sinnvoll ist in den meisten Fällen ein System, in welchem akzeptierte Personen des Vertrauens als Nadelöhr für die Meldungen und Rückfragen bei Präzisionsbedarf dienen.

Interdisziplinarität: Meldesysteme sind weder reine Ärzte- noch Pflegesache. Nur interdisziplinär organisierte Systeme bringen wirklich gesamtbetrieblich innovative Erkenntnisse.

Vernetzung mit anderen Betrieben oder Organisationen: In der Fliegerei gilt: Erzähl den Fall allen andern. Wer dies nicht tut, macht sich unbeliebt. Insofern sollte von Anfang an mitbedacht werden, inwiefern lokale Erkenntnisse, welche für das gesamte Versorgungssystem oder andere Leistungserbringer relevant sind, verbreitet werden können.

Förderung der Fehler- und Meldkultur (organisationale Lernkultur): der wichtigste Punkt! Ohne kulturellen Boden, aktive Pflege einer offenen und lernorientierten Atmosphäre wird das am Besten aufgesetzte Risk Management kaum Früchte tragen!

Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit

Autor: Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

erschienen: Juli 2005

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Notabene: CIRS ist nicht Risk Management, sondern: Risk Management ist ein integraler Zyklus aus Fehlermeldung – Fehleranalyse – Ursachenanalyse – Maßnahmenableitung – Maßnahmenevaluation. Insofern ist das Meldesystem der checkpoint, Auslöser und Evaluator im geschlossenen Verbesserungszyklus.

Literatur beim Autor

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit

Autor: Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

erschienen: Juli 2005

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Nach dem Medizinstudium und nach kurzer klinischer Tätigkeit als Assistenzarzt war er Mitarbeiter im Projekt LORAS der Zürcher Gesundheitsdirektion. Er betreute dort anfänglich im Bereich Leistung die Konzipierung von Leistungsaufträgen für Spitäler und übernahm danach die Leitung der Outcome-Projekte. Er entwickelte im Rahmen dieser Projekte zusammen mit zahlreichen Spitälern ein umfassendes patientenorientiertes System zur Messung der Spital-Outcomes (Ergebnisqualität der Spitalbehandlung).

Nach LORAS definierte er als Leiter des Bereichs Qualität in der Zürcher Gesundheitsdirektion Verfahren und Strukturen zur Implementierung der Ergebnisqualitäts-Messungen in allen Zürcher Spitälern. Als Folge dieser Tätigkeit wurde der Verein Outcome gegründet, dessen Geschäftsstelle er 2 Jahre lang führte. Unter seiner Leitung entwickelte sich der Verein Outcome zu einer überkantonalen Organisation.

Daneben promovierte er in Basel zum Thema patientenorientierte Qualitätsmessung, absolvierte eine Ausbildung zum Verwaltungsmanager an der Universität St. Gallen sowie verschiedene Ausbildungen in Organisationsentwicklung, Moderation, allgemeinem Management und Finanzmanagement.

Er ist Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit.

Daneben ist er Vorstandsmitglied in der GQMG (Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Mitglied der Geschäftsleitung im kleinen Handelsunternehmen seiner Familie (Samina) und betätigt sich als Dozent an verschiedenen Bildungsinstitutionen im In- und Ausland sowie als freischaffender Berater in den Bereichen New Public Management, Qualitätsmanagement, Indikatorenentwicklung, Benchmarking, Kostenrechnung, Projektmanagement, Betriebsführung.

hochreutener@patientensicherheit.ch

Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit

Autor: Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

erschienen: Juli 2005

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.