

Behandlungsfehler

Gesine Hofinger¹
Helfried Waleczek²

Das Bewusstsein schärfen

Ziel eines Pilotprojektes an zwei westdeutschen Krankenhäusern ist es, Strategien zur Vermeidung und zum Management medizinischer Fehler im Operationssaal zu entwickeln.

Fehler in der Medizin stehen spätestens seit dem Bericht des Institute of Medicine (8) im Licht der Öffentlichkeit – allerdings bislang eher der Medienöffentlichkeit als der fachinternen. Einzelne schwere Behandlungsfehler wie die Operation eines falschen Lungenflügels, die zum Tode führte, schafften es sogar, im „Spiegel“ Erwähnung zu finden (5). Nur wenige Ärzte oder Krankenhäuser befassen sich jedoch mit der Fülle der alltäglichen Fehler und Zwischenfälle (14). Daran haben auch Bemühungen der jüngsten Zeit, wie die von der Ärztlichen Zentralstelle für Qualität gestartete Initiative zu Patientensicherheit (2) oder die Vergabe des Berliner Gesundheitspreises 2002 zum Thema Fehlervermeidung und Sicherheitskultur durch die AOK und die Berliner Ärztekammer nicht viel ändern können. Es wird jedoch verstärkt eine neue „Fehlerkultur“ eingefordert, zu der vor allem ein „offensiver Umgang“ mit Fehlern gehört. Prominentes Beispiel dafür ist das Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (7).

Ein „offensiver Umgang mit Fehlern in der Medizin“ (mit manifesten Behandlungs-Fehlern wie mit Handlungs-Fehlern) erfordert Veränderungen auf mehreren Ebenen: Zunächst ein Fehlerbewusstsein seitens der Ärzteschaft und der Pflegekräfte. Es muss Teil des professionellen Selbstbildes von Ärzten und Pflegekräften werden, dass jeder Mensch Fehler macht, diese aber nicht zu Unfällen führen müssen, wenn alle vorhandenen Sicherheitsressourcen in vertrauensvoller Kooperation genutzt werden. Ein wichtiger Bestandteil vertrauensvoller Kooperation ist sowohl die gegenseitige Kontrolle als auch, sich gegenseitig auf Unregelmäßigkeiten

und Fehler aufmerksam zu machen. Zu einem Fehlerbewusstsein gehört aufseiten der Krankenhausleitung, nicht Schuldige zu suchen, wenn Fehler passieren, sondern anzuerkennen, dass Arbeitssysteme deutlich mehr zur Fehlerentstehung beitragen als fehlende Kompetenz oder Unachtsamkeit (10). Treten diese Veränderungen ein, ist der Weg frei, durch Analyse der Fehlerentstehung den „Fehler im System“ zu finden und zu beseitigen.

Strategien der Fehlervermeidung

Ein Vorbild für den Weg zu einem solchen Fehlerbewusstsein sind die Bemühungen um das Crew Resource Management (CRM) in der Luftfahrt (15). Dabei machen sich Piloten in regelmäßig wiederholten Seminaren mit der Thematik vertraut und üben Regeln für den Umgang mit Fehlern und Zwischenfällen. Sie lernen zum Beispiel, wie effiziente Kommunikation helfen kann, alle im Team vorhandenen Ressourcen zu aktivieren.

Ist ein Fehlerbewusstsein geschaffen, können Strategien der Fehlervermeidung und des Fehlermanagements angegangen werden. Beide Strategien beziehen sich sowohl auf so genannte „aktive“ als auch auf „latente“ Fehler in der Medizin. Im Gegensatz zum aktiven Fehler, der sofort Auswirkungen hat (zum Beispiel eine Seitenverwechslung durch den operierenden Arzt), handelt es sich bei latenten Fehlern um systemimmanente Schwierigkeiten. Diese schlummern so lange im Sy-

stem, bis sie eines Tages wirksam werden (zum Beispiel kann das Aufrechterhalten steiler Hierarchien dazu führen, dass im entscheidenden Moment niemand dem Oberarzt widerspricht). Bei der Fehlervermeidung und im Fehlermanagement werden das Handeln des ärztlichen und des Pflegepersonals ebenso wie organisatorische Abläufe und Managemententscheidungen berücksichtigt.

Im Rahmen der „Plattform Menschen in komplexen Arbeitswelten“, einer interdisziplinären Human-Factors-Vereinigung, entstand die Kooperation von Medizinern, Psychologen und Luftfahrt-Experten. Diese führte zu dem Pilot-Projekt „Fehlermanagement im OP“. Es beschränkt sich auf den Operationssaal als dem Kernbereich eines Krankenhauses, in dem durch die Notwendigkeit, verschiedene Berufsgruppen zu koordinieren, durch die invasive Behandlung, die Schnittstellen zu etlichen anderen Abteilungen und durch die Arbeitsbedingungen Fehler häufig sind und gravierende Konsequenzen haben können.

Grundvoraussetzung für die beteiligten Krankenhäuser ist, dass die Leitungen aller im OP vorhandenen Berufsgruppen sowie der Träger und die Geschäftsführung des Krankenhauses hinter dem Projekt stehen. Untersuchungen der Organisationspsychologie zeigen, dass strukturelle Veränderungen nur gelingen können, wenn Führungskräfte hinter ihnen stehen und zu deren Umsetzung beitragen. In den beiden beteiligten Krankenhäusern wurde das Projekt vom Chefarzt der Allgemeinchirurgie initiiert (der in beiden Fällen mit Qualitätsmanagement vertraut ist) und von den Chefärzten der Anästhesie, den Pflegedienstleitungen Chirurgie, Anästhesie sowie der Geschäftsführung unterstützt.

¹ Universität Bamberg, Institut für Theoretische Psychologie und Wissenschaftskolleg zu Berlin

² Evangelisches Krankenhaus Hattingen, Chirurgische Klinik, Akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum

Die Beteiligung der Führungskräfte ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung. Auch die Mitarbeiter müssen – möglichst schon in der Konzeptionsphase – beteiligt werden. Die Mitarbeiter im OP sind diejenigen am Ende der Fehlerkette (12): Sie wissen, welche Fehler häufig sind und wie diese zu vermeiden wären. Ihre Kompetenz zu nutzen und sie zu motivieren ist essenziell. Um den Mitarbeitern die notwendige Sicherheit zu gewährleisten, wird für alle Projektbeteiligten seitens der Geschäftsführung Freiheit von arbeitsrechtlichen Maßnahmen schriftlich zugesichert. Diese „Non-Reprisal-Policy“ hat sich in Hochsicherheits-Industrien bewährt. Ein Fehlerhandbuch regelt den Umgang mit Zwischenfällen.

Weitere Voraussetzung für die Umsetzung des Projekts ist, frühzeitig für Nachhaltigkeit zu sorgen. Bereits zu Beginn sollte dargelegt werden, wie kontinuierliche Maßnahmen, die auch langfristig zu Veränderung führen, aussehen könnten. Ein wesentlicher Bestandteil solcher Bemühungen ist das Schließen von Feedback-Schleifen: Jede Maßnahme, die aufgrund von Informationen aus dem Operationssaal getroffen wird, wird nicht nur als solche wirksam, sondern zudem über verschiedene Informationskanäle zurückgemeldet. Auf diese Art wissen Mitarbeiter, dass ihr Engagement Folgen hat. Zugleich ist dadurch Kontrolle über Veränderungen auf Mitarbeiterebene möglich.

Vorrangiges Ziel des Projekts ist es, Patientensicherheit durch die Vermeidung von Fehlern und deren Konsequenzen zu erhöhen. Teilziel sollte sein, aufgetretene Fehler durch Erfassung, Analyse und Ableitung von Veränderungen für die Organisation nutzbar zu machen. Das Projekt, das noch immer läuft, besteht aus einer Vorbereitungsphase, einer Einführungsphase und dem Routinebetrieb.

Zu Beginn des Projekts sind die beteiligten Abteilungen und deren Chefärzte in die konkrete Planung und Durchführung eingebunden worden. Das Projekt wurde in jedem beteiligten Krankenhaus möglichst vielen OP-Mitarbeitern in einer Sitzung nach OP-Schluss vorgestellt. In dem Treffen wurde der geplante Ablauf vorgestellt, und es wurde um Bereitschaft geworben, sich an

Fehlermeldungen zu beteiligen. Für die Motivation aller Beteiligten war dabei wichtig, Begeisterung zu vermitteln und eventuell auftretende Fragen zu diskutieren.

Der nächste Schritt bestand darin, durch eine standardisierte Befragung mit einem eigens dafür konstruierten Fragebogen den Ist-Zustand im OP zu erheben sowie Interviews mit Mitarbeitern an Schlüsselpositionen vorzunehmen. Themen der Befragung waren die Einstellungen zu Fehlern, Kommunikation, Team und Kooperation, Zufriedenheit mit der Arbeit sowie die Einschätzung der Organisation. Darüber hinaus wurden in offenen Items konkrete Fehlerquellen und Verbesserungsvorschläge sowie Stärken und Schwächen des jeweiligen OPs erfragt. Parallel dazu wurde die Auswertung „harte Daten“ vorbereitet.

Der Ist-Zustand wird den Mitarbeitern in Kürze über Aushänge, E-Mails, Besprechungen in den Teams oder Mitarbeiter-Rundbriefe mitgeteilt. Die Auswertungen zeigen, dass die Mitarbeiter das Thema Fehlermanagement als sehr wichtig bewerten und hohe Bereitschaft äußern, Fehler innerhalb ihrer Teams zu besprechen. Fehlerquellen werden sowohl in der Kommunikation und in den Informationsflüssen als auch bei Abläufen im OP gesehen.

Die kritische Phase des Projekts besteht in der Einführung eines Berichtssystems. Durch einen so genannten Trouble Report sollen Fehler sichtbar gemacht und Mitarbeiter zu Verbesserungsvorschlägen angeregt werden. Der Bericht wird den Mitarbeitern in einer Einführungsveranstaltung vorgestellt und anhand von Beispielen erklärt. Wichtig ist, dass Mitarbeiter auch für latente Fehler sensibilisiert werden und nicht nur Offensichtliches berichten.

In der Routine werden die Berichte gesammelt und durch ein Vertrauensgremium, das den jeweiligen Abteilungen Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsabläufe unterbreitet, ausgewertet. Die schnelle Umsetzung und die kontinuierliche Rückmeldung der Maßnahmen an den OP sind für das Gelingen des Projekts essenziell. Nur wenn Mitarbeiter merken, dass mit ihren Meldungen etwas geschieht, werden sie erneut die Mühe auf sich nehmen, einen Bericht auszufüllen. Nach

einem Jahr findet noch einmal eine Befragung statt, die als weiterer Gradmesser gelten soll.

Probleme des Pilotprojekts

Veränderungen, wie ein verbessertes Fehlerbewusstsein oder weniger tatsächlich aufgetretene Fehler im OP, können nur langsam sichtbar werden. Sie sind zunächst schwer quantifizierbar. In der ersten Evaluation, die nach einem Jahr geplant ist, muss deshalb auf alle verfügbaren Daten zurückgegriffen werden. Schwierig wird außerdem sein, die Kausalität von Veränderungen eindeutig zu belegen. Bei der geringen Ausgangszahl der Patientenschäden ist eine Verringerung statistisch schwer nachweisbar.

Fehlerberichte so zu formulieren, dass sie handlungsleitend für Verbesserungen sind, stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Geht es um die Beschreibung von Handlungsfehlern im Bereich der Kommunikation, Führung oder Kooperation, treten besonders häufig Formulierungsschwierigkeiten auf. Die geplanten Schulungen über Fehlermanagement, bei denen Beispiele für nützliche Berichte gezeigt werden, können hier nur zum Teil Abhilfe schaffen.

Der Fragebogen, der für das Pilotprojekt entworfen wurde, und das Handbuch können bei den Autoren angefordert werden.*

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2848–2849 [Heft 44]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das bei den Verfassern erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit4403 abrufbar ist.

Anschriften der Verfasser:

Dr. phil. Gesine Hofinger
Wallotstraße 19
14193 Berlin

Priv.-Doz. Dr. med. Helfried Waleczek
Bredenscheider Straße 54
55255 Hattingen

*Außer den Autoren haben folgende Personen an der Entwicklung des Projektkonzepts mitgewirkt:

Dr. Jochen Bredehöft, Projektgeschäftstelle Qualitätssicherung, ÄKWL, Münster; Dr. med. Peter Gaidzik, Institut für Medizinrecht, Universität Witten; Priv.-Doz. Dr. med. Rüdiger Horstmann, Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup, Chirurgische Klinik; Matthias Maeder, Flight Safety Manager, LTU International Airways, Düsseldorf; Wolfgang Pruss, Quality Manager, LTU International Airways, Düsseldorf.