



## **Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Pressekonferenz am 28. Februar 2008 in Berlin

### **Statement von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe**

#### **Präsident der Bundesärztekammer**

Der Grundsatz primum nil nocere - zuerst einmal nicht schaden - ist so alt wie die Medizin selbst. Der Schutz des Patienten berührt den sensibelsten Bereich des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Gerade weil der Patient im Vertrauen auf eine gute Medizin sich darauf verlässt – und auch darauf verlassen soll –, dass keine Fehler passieren, sind wir Ärzte permanent darum bemüht, Patientensicherheit zu gewährleisten.

Die Patienten in Deutschland können darauf vertrauen, dass bei ihrer Behandlung die höchsten Standards angelegt werden und alles unternommen wird, um Fehler zu vermeiden. Wir wissen, dass wir uns dieses Vertrauen ständig neu erwerben müssen, jeden Tag aufs Neue. Deshalb unterstützen wir aktiv die neu entstandenen anonymen Fehlermeldesysteme und deshalb auch sorgen wir für größtmögliche Transparenz bei der Behandlungsfehlerstatistik unserer Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Gerade in Anbetracht der Komplexität moderner Medizin brauchen wir eine systematische Aufarbeitung von Fehlern im Sinne einer Fehlervermeidungskultur.

Dennoch wissen wir, dass überall dort, wo Menschen arbeiten und zusammen arbeiten, auch Fehler geschehen. Die Medizin wird zwar immer leistungsfähiger, damit aber auch immer komplexer. Neue Medikamente versprechen eine bessere Behandlung, manche ihrer versteckten Nebenwirkungen werden allerdings erst Jahre nach ihrer

Zulassung entdeckt. Probleme entstehen auch durch die Multimorbidität hoch betagter Menschen, die anfälliger für Risiken und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen sind. Auch die Rahmenbedingungen zur Gewährleistung guter Medizin haben Einfluss auf die Behandlungsqualität. Kostendruck und Wettbewerb führen zu undifferenzierten Einsparungen mit der Konsequenz, dass die Patientenversorgung nicht mehr in dem gewohnten Maße sichergestellt werden kann. In immer kürzerer Zeit und mit weniger Personal müssen immer mehr Patienten mit immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreut werden.

Erkenntnisse aus der Arbeits- und Organisationspsychologie haben gezeigt, dass überall dort, wo Menschen arbeiten, Organisations- und vor allem Kommunikationsmängel die Hauptursache für Fehler darstellen. Solche Systemfehler dürfen im ärztlichen Alltag nicht als individuelles Verschulden eines Arztes gesehen werden, sondern müssen als Möglichkeit genutzt werden, Verbesserungen in der Patientensicherheit vorzunehmen. Wir haben erkannt, dass wir nicht die Frage stellen dürfen: „**Wer** war schuld?“, sondern, dass wir fragen müssen: „**Was** war schuld?“ Nur dieser Ansatz hilft uns, Ursachen für Fehler zu erkennen und sie für die Zukunft zu vermeiden.

Die heute vorgelegte Broschüre „Aus Fehlern lernen“ setzt in diesem Sinne ein deutliches Zeichen für eine offene Thematisierung von (Beinahe-) Fehlerereignissen in der Medizin. Es soll das Bewusstsein gestärkt werden, dass Fehler - auch in der Medizin - nicht in jedem Fall vermeidbar sind und deshalb das Augenmerk auf der Ursachenanalyse und auf Maßnahmen zur prospektiven Fehlervermeidung liegen muss. Die deutsche Ärzteschaft leistet hierbei vielfältige Beiträge. Lassen Sie mich exemplarisch folgende Aktivitäten herausgreifen:

Basis jeglicher Anstrengung zur Erfassung der Versorgungsqualität ist das Wissen darum, *welche Fehler* sich konkret ereignen, sowie

*welche Ursachen* Fehlern in der Medizin zugrunde liegen. Die bei den Landesärztekammern angesiedelten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen befassen sich bereits seit 1975 umfassend mit der Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen und Fragen des Schadensausgleichs. Beschwerden von Patientinnen und Patienten werden objektiv und profund aufgearbeitet. Seit 2006 werden die Daten bundeseinheitlich in einer gemeinsamen Statistik zusammengeführt und analysiert. Die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ermöglicht differenzierte Auswertungen zu den betroffenen Fachgebieten, Diagnosen und Therapiemaßnahmen. Die Ergebnisse dieser Analysen werden konsequent für die ärztliche Fortbildung und die Qualitätssicherung genutzt. Aus Behandlungsfehlerschwerpunkten können dann Fehlervermeidungsstrategien entwickelt werden, die dazu beitragen, die Patientensicherheit zu erhöhen.

Ein weiteres Feld ist die Analyse von Fehlermeldungen im Rahmen von sogenannten Fehlermeldesystemen. Beinahe-Fehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention. Angenommen werden sie dann, wenn die Teilnahme freiwillig ist und die Teilnehmer sicher sind, dass lückenlos anonymisiert und frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden kann.

Insbesondere die Analyse von Meldungen zu Beinaheschäden sind hier besonders wertvoll, da Fehlerereignisse, die (noch) nicht zu einem Schaden geführt haben, gleichsam als Frühwarnsysteme auf kritische Momente in der Patientenversorgung aufmerksam machen können.

Die Bundesärztekammer bietet gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein bundesweit zur Verfügung stehendes internetbasiertes Fehlerberichts- und -lernsystem (Critical Incident Reporting System - CIRS) an, das anonymisierte freiwillige Meldungen zu Beinaheschäden erfasst und analysiert (<http://www.cirsmedical.de>).

Fehlerlernsysteme dürfen nicht als Standortnachteil gesehen werden. Oder anders gesagt: Der forcierte Wettbewerb insbesondere im Krankenhausbereich darf der schnelleren Einführung solcher Systeme nicht entgegenstehen. Wer ein solches System einführt, stellt damit unter Beweis, dass er an einer guten Fehlervermeidungskultur arbeitet. Das kann man nur gutheißen.

Lernen aus Fehlern bedeutet, wichtige Erkenntnisse der Fehlerforschung anzuwenden und Verbesserungsmaßnahmen einleiten zu können. Hierfür sind konkrete Trainings- und Fortbildungsangebote notwendig. Beispielhaft seien hier das Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin genannt, aber auch die zahlreichen Fortbildungsmaßnahmen, die von den Landesärztekammern angeboten werden und die sich auf unterschiedliche Themenschwerpunkte beziehen.

Last but not least möchte ich auf die hervorragende Arbeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hinweisen, die sich intensiv mit Fragen der Sicherheit in der Arzneimitteltherapie befasst und ihre Erkenntnisse u.a. in Therapieempfehlungen münden lässt.

Wenn wir diesen Weg weiterhin konsequent gehen, können wir die Sicherheit für die Patienten erhöhen, die Qualität im Gesundheitswesen verbessern und vor allem aber dafür sorgen, dass Patienten weniger unter Fehlern zu leiden haben.