

38 Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme



Obwohl die Praxis ein Risikomanagement eingeführt hat, können Fehler auftreten.

Beim Fehlermanagement geht es um die Analyse und das Lernen aus konkreten, bereits stattgefundenen Fehlern. Das Ziel ist, eine Wiederholung des Fehlers zu vermeiden, indem eine vorbeugende Maßnahme eingeleitet wird.

Beispiel: Ein Patient ist über die erhöhte Türschwelle gestolpert. Damit dies nicht wieder vorkommt, wird die Schwelle dem Boden angepasst.

Auch das Fehlermanagement ist Teil des QM und damit auch Teil des KPQM.

Das ÄZQ definiert einen Fehler als eine Handlung oder ein Unterlassen bei der/dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant (siehe Definition auf www.aps-ev.de).

Beispiel: Bei der Visite wird bei Verschreiben des Penicillins nicht auf Warnhinweise in der Patientenakte geachtet.

Allgemein wird unter dem Begriff Fehler das Auftreten eines „unerwünschten Ereignisses“ verstanden; ein unerwünschtes Ereignis ist ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein (siehe Definition auf www.aps-ev.de).

Beispiel: Ein Patient erhält Penicillin und entwickelt eine allergische Hautreaktion.

Im Zusammenhang mit Fehlermanagement spielt auch der Begriff des Beinahe-Schadens eine wesentliche Rolle. Hier handelt es sich um einen Fehler ohne Schaden, der aber zu einem Schaden hätte führen können

Qualitätsmanagement-Richtlinie

§ 4 Methoden und Instrumente

• Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme

Der systematische Umgang mit Fehlern („Fehlermanagement“) ist Teil des Risikomanagements. Zum Fehlermanagement gehört das Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.

Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen. Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können. Die Meldungen sollen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen. Sie werden systematisch aufgearbeitet und Handlungsempfehlungen zur Prävention werden abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des Risikomanagements evaluiert.

(siehe Definition auf www.aps-ev.de).

Beispiel: Einem Patienten mit bekannter Penicillinallergie wird bei der Visite Penicillin verschrieben. Bevor die Medikation verabreicht wird, fällt einer Krankenschwester der Warnhinweis Penicillinallergie in der Krankenakte auf. Ein anderes Präparat wird verschrieben.

Anmerkung: Der Begriff Beinahe-Fehler ist eine Fehlübersetzung des englischen Begriffs near miss (Beinahe-Schaden) und sollte nicht mehr verwendet werden.

Zum richtigen Umgang mit Fehlern gehört ein strukturiertes Management. Kernpunkte eines solchen Managements sind

- Fehlermeldung,
- Fehlererfassung,
- Fehlerbewertung,
- Fehlerbearbeitung,
- Fehlerkommunikation,
- Fehlervermeidung.

An dieser Stelle bietet sich die Nutzung von Systemen zur Identifikation von Fehlern/Risiken – sog. CIRS-Systemen – an, wobei CIRS für Critical Incident Reporting System (= Fehlermeldesystem) steht.

Alle Fehlermeldesysteme folgen dem Grundprinzip „gemeinsam aus Fehlern lernen“. Sie geben den Ärzten und dem nicht ärztlichen Praxispersonal eine freiwillige, anonyme und sanktionsfreie Möglichkeit, andere aus eigenen Fehlern und kritischen Ereignissen lernen zu lassen, aber auch umgekehrt selbst aus kritischen Ereignissen anderer zu lernen.

Ein kritisches Ereignis ist in diesem Zusammenhang ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Beispiel: Der Patient hat eine ihm bekannte Penicillinallergie. Bei der Anamnese wird nicht nach bekannten Allergien gefragt und daher kein Warnhinweis in der Patientenakte angebracht.

Bei der Nutzung von Fehlermeldesystemen geht es ausdrücklich nicht um die Fehlleistung des einzelnen, sondern um die Entdeckung eines zu Grunde liegenden Systemfehlers. Damit sind z. B. unklare Routinen bei der Rezeptausstellung, unsichere Kommunikation innerhalb des Teams

oder fehlerträchtige Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren gemeint.

Jede Praxis kann sich ein internes System schaffen. Es wird eine Expertengruppe – aus Ärzten und Mitarbeitern der Praxis – gegründet. In dieser Gruppe können die gemeldeten Fälle besprochen und analysiert werden. Die Ergebnisse der Analyse können direkt in das praxiseigene QMS übernommen werden.

Bei externen Fehlerberichtssystemen findet die Analyse außerhalb der Institution statt und die Ergebnisse werden dann meistens über eine Internetseite oder andere Fachpublikationen an den Nutzer zurückgegeben.

In NRW haben die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen Lippe, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen im Zusammenhang mit dem ÄZQ ein Fehlermeldesystem, das CIRS-NRW (www.cirs-nrw.de), eingerichtet.

Das ÄZQ stellt in seinen Veröffentlichungen zur Nutzung von derartigen Systemen fest, dass zunächst alle Mitglieder der Praxis über sicherheitsrelevante Ereignisse in der Praxis berichten können und die Analysen der Experten bzw. die Kommentare der Kollegen im Internet bei der Problemlösung hilfreich sein können.

Darüber hinaus können bereits im Internet veröffentlichte Berichte gelesen und zum regelmäßigen Bestandteil von Teamsitzungen werden. Die Fälle in Berichtssystemen können Anlass sein, bestimmte Themen im Team zu besprechen und sich Gedanken zur bestehenden Sicherheits- und Fehlerkultur zu machen.

Wenn viele Arztpraxen an einem solchen System teilnehmen, können auch selten auftretende Ereignisse allen Praxen bekannt werden. Ein wesentliches Ziel ist, den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu nutzen und auf dieser Grundlage Risikovermeidungsstrategien zu entwickeln.

Das Melden und Diskutieren von Risiken und Fehlern ist eine wichtige Grundlage. Ein Fehlermanagement ist aber nur dann erfolgreich, wenn die beteiligten Personen diesen Prozess auch innerlich mittragen. Deshalb gehört zu erfolgreichem Risiko- und Fehlermanagement auch die Entwicklung einer entsprechenden Kultur. Diese entwickelt sich nur über einen längeren Zeitraum. Folgende Aspekte sind wichtig, damit sich die Sicherheitskultur entwickelt:

- Vorhandenes Risikobewusstsein,
- vorwurfsfreie Gesprächsatmosphäre,
- Lernen aus kritischen Ereignissen,
- hierarchieübergreifende Zusammenarbeit,
- Teamarbeit,
- Vertrauen,
- klare Kommunikation.

Der G-BA verlangt in der QM-RL ausdrücklich, dass Arztpraxen ein systematisches Risiko- und Fehlermanagement als ein Instrument des einrichtungsinternen QM nutzen. Beim Auftreten eines Fehlers ist aus einem Risiko vielleicht ein Unfall, eine Verletzung oder Ähnliches geworden. Mit seiner kombinierten Forderung verknüpft der G-BA die Aktivitäten zum Fehlermanagement mit denen zum Risikomanagement.

Umfangreiche Materialien – einschließlich Flowcharts und Checklisten – für eine schnelle und unkomplizierte Einführung in ein internes CIRS finden Sie im Internet unter www.kpqm.eu.

„**KPQM nutzt alle Erkenntnisquellen.**“

