

Fehlermanagement: Von der Blame-Kultur zur Just-Kultur

Fehler sind menschlich. Fehler sind sogar eine Chance, denn aus Fehlern kann man lernen. Das gilt auch für Fehler in der Medizin. Doch um aus Fehlern zu lernen, muss man sie zugeben und dazu stehen. Und genau dies fällt uns oft schwer. Eine Fortbildung der Ärztesellschaft des Kantons Schaffhausen widmete sich diesem emotional heiklen Thema.

Götz Roth

«**K**ultur des Fehlermanagements»: Diesem Thema widmete sich im November 2002 eine hausärztliche Fortbildung am Kantonsspital Schaffhausen unter der Leitung von Gerhard Ebner (Chefarzt Psychiatriezentrum Schaffhausen). Das Thema ist emotional heikel. Zwar finden wir alle es wichtig, dass sich Personen und Institutionen kontinuierlich weiterentwickeln; wir alle befürworten auch eine offene Kommunikation und die medizinische Qualitätssicherung. Aber die Umsetzung dieser Grundsätze bereitet uns im konkreten Fall doch erhebliche Schwierigkeiten. So war denn auch am Schluss der Veranstaltung bei allen Referenten und Teilnehmern ein Gefühl der Betroffenheit spürbar. Themen der Fortbildung waren die Haltung gegenüber Fehlern (Fehler-

kultur), die praktische Umsetzung eines Fehlermanagements, die Bedeutung der professionellen Kommunikation und Interaktion sowie juristische Aspekte.

Was heisst Fehlerkultur?

Das Fehlermanagement ist ein Thema, das nicht nur die Berufsleute im Gesundheitswesen beschäftigt. Auch in Bereichen wie Wirtschaft, Rechtsprechung, Pädagogik und Luftfahrt hat man Erfahrungen mit diesem Thema. «Die Erfahrungen aus diesen Bereichen sind wertvoll für die Medizin», meint Daniel Scheidegger (Chefarzt Anästhesie am Universitätsspital Basel). Er hat deshalb – noch zu Zeiten der *Swissair* – begonnen, die Erfahrungen aus der Luftfahrt in die Medizin zu übertragen. Zwar hat Scheidegger selbst nie ein Flugzeug gesteuert oder besessen. Doch er hielt die Ansätze aus den Schulungen für Piloten für so spannend und wegweisend, dass er sich – ganz entgegen der Arroganz, die man Mediziner bisweilen nachsagt – entschlossen hat, diese Ansätze den Bedürfnissen von uns Mediziner anzupassen und für die Medizin fruchtbar zu machen.

«Fehler können nicht vermieden werden. Wir müssen ihre Konsequenzen minimieren!», forderte Scheidegger in seinem Vortrag. Wir alle machen Fehler. Doch Fehler haben einen positiven Aspekt: Aus Fehlern lernen wir mehr, intensiver und nachhaltiger, als wenn wir keine Fehler machen würden. Ziel ist es, dafür zu sorgen, dass Fehler erkannt und negative Folgen abgefangen werden können, bevor ein grösserer Schaden entsteht.

Doch wer dieses Ziel erreichen will,



Götz Roth

wird zwar einerseits auf Begeisterung und Engagement, aber andererseits auch auf viele Berührungsängste stossen. Scheidegger konnte in seinem Referat keine Patentrezepte aufzeigen, aber er konnte doch Hinweise dazu geben, wie es gelingen kann, eine Öffnung gegebenüber dem Thema zu erreichen. Sehr wichtig sind dabei Berufserfahrene und Leitende, die vermitteln können, dass es möglich ist, Fehler zuzugeben, ohne an Ansehen und Autorität zu verlieren. Solche Personen haben eine wichtige Vorbildfunktion und schaffen ein Klima, das es ermöglicht, offen zu Fehlern zu stehen. In einem solchen Klima – der so genannten «Fehlerkultur» – wird niemand wegen eines Fehlers blossgestellt. Auch eine Bestrafung sollte möglichst unterbleiben. Im Vordergrund steht vielmehr der Lerneffekt, der durch den Fehler ermöglicht wird, und die Suche nach Verbesserung. Nach Möglichkeit sollte diese Suche gemeinsam stattfinden, sodass auch die gemeinsame Verantwortung für die Entstehung von Fehlern

spürbar wird. In einem solchen Umfeld hat es für Ärzte, die ihre Kollegen öffentlich kritisieren – sei es nun schriftlich im Arztbericht oder mündlich vor einem Patienten oder einer Patientin – keinen Platz.

Rahmenbedingungen

Horst Splisgardt (Chefarzt Anästhesie am Kantonsspital Schaffhausen) zeigte in seinem Referat auf, was es braucht, um die oben geschilderte Fehlerkultur zu schaffen und aufrechtzuerhalten: Das Kader (bis zur Spitalleitung) muss persönlich eingebunden werden und sich persönlich engagieren, das hierarchische Gefälle muss abgebaut werden, und alle haben den Auftrag, teilnehmend zu beobachten; benachbarte Berufsgruppen müssen mitbeteiligt werden, und alle Beteiligten müssen vor nachteiligen Konsequenzen des offenen Umgangs mit Fehlern geschützt werden. Kritische Situationen müssen identifiziert und gemeldet werden. Nur so können sie aufgearbeitet werden. Dabei muss man sich immer bewusst bleiben, dass eine einzelne Person (zum Beispiel eine Person, die von sich glaubt, «noch nie einen Fehler gemacht zu haben») durch unreflektiertes Verhalten und/oder durch eine wie auch immer motivierte Abwehr den Erfolg eines ganzen Fehleraufarbeitungs-Projektes in Frage stellen kann.

Dies kann verhindert werden, wenn man das Fehlermanagement institutionalisiert. Ein geeignetes Instrument dazu ist das Clinical Incidence Reporting System (CIRS), das es ermöglicht, kritische Ereignisse zu erfassen und sie in anonymisierter Form statistisch auszuwerten und so fassbar zu machen. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass kritische Ereignisse überhaupt als solche erkannt und definiert werden und dass die Betroffenen die nötigen Daten erheben und melden. Dieses Ziel kann gemäss Splisgardt nur erreicht werden, wenn der Grundsatz gilt, dass alle Komplikationen, auch jene ohne Folgen für den Patienten, gemeldet werden (siehe auch *Kasten*) und wenn zudem die Mitarbeitenden

1. keine Nachteile haben, wenn sie Komplikationen melden

2. bei der Umsetzung nicht kontrolliert werden, sondern selbstverantwortlich handeln.

Fehler können grundsätzlich unterteilt werden in:

■ Unaufmerksamkeiten (Beispiel: Fehltritt)

■ Fehlüberlegungen (die häufig darin bestehen, dass mitbeteiligte Faktoren nicht beachtet werden)

■ Nichteinhalten von Regeln.

Die meisten Fehler verlieren schon bald ihren Schrecken, wenn sie einer dieser Gruppen zugeteilt werden konnten.

Wenn wir wegkommen von der Frage: «Wer war das?» und uns der Frage zuwenden: «Warum war das?», dann sind wir bereits einen wichtigen Schritt weiter auf dem Weg von einer «Blame-Kultur» (Vorwürfe machen) zur «Just-Kultur» (Ursachen suchen). Vielleicht müssen wir dann auch nicht mehr so schnell einen Verursacher finden und uns dauernd von diesem abwenden und abgrenzen, um nicht mit ihm identifiziert zu werden; vielleicht versuchen wir dann stattdessen, uns in seine Lage hineinzusetzen und Parallelen zu selbst erlebten Situationen zu suchen. So können dann auch Ursachen aufgedeckt werden, die möglicherweise immer wieder auftreten und die es deshalb anzugehen gilt. Ganz nach dem Grundsatz aus den Pilotenschulungen: «We need to identify the cause. Pilot error is the outcome and not the cause.» («Wir müssen die Ursache finden. Der Pilotenfehler ist das Ergebnis, nicht die Ursache.»)

Bedeutung der Kommunikation

Fehler lassen sich, so stellte Hansjakob Schächli (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Schaffhausen) in seinem Beitrag fest, häufig auf Kommunikationsschwächen zurückführen. Diese wiederum sind oft Folge von unausgesprochenen Konflikten, die zum Beispiel aus dem autoritären Gebaren eines Chefs, dem trotzigem Mutismus eines Mitarbeiters oder den Vorurteilen zweier Kolleginnen gegenüber ihren Mitarbeitenden erwachsen können.

Kasten:

Was sind «Komplikationen»?

Als Komplikationen sind gemäss Horst Splisgardt alle negativen Folgen einer medizinischen Intervention zu bezeichnen, die während des Aufenthaltes auf einer internistischen Abteilung eines Akutspitals oder im Anschluss daran und in kausalem Zusammenhang damit auftreten.

Die folgenden Ereignisse sind wegen ihrer potenziell schwer wiegenden Folgen auch dann als Komplikationen zu bezeichnen, wenn keine tatsächlichen Nachteile für die Patienten resultieren:

- Verwechslung im engeren Sinn
- Verwechslung im weiteren Sinn, wie:
 - Falsche Indikation
 - Falsche Dosierung
 - Nicht-Durchführung von Massnahmen.

(nach J. Peter/H. Splisgardt, Schaffhausen)

Lösungsansätze sind schwierig durchzusetzen, wenn von Seiten der betroffenen Kollegen Widerstand und Aggressionen spürbar werden, sei es, weil sie Angst haben oder sei es, weil sie sich aufgrund einer entsprechenden Anweisung ihrer Haftpflichtversicherung weigern, irgendwelche Schuld anzuerkennen. Auch die Tatsache, dass die Fehlerzahlen im Lauf der Zeit nicht etwa sinken, sondern steigen, wenn das medizinische Personal sich vermehrt am Fehlermanagementsystem beteiligt und wenn die Datenqualität zunimmt, kann zu Widerständen gegen das System führen.

Eher überraschend ist dagegen die folgende Erfahrung der Swissair: Ein konstant gleich bleibendes Team macht nicht unbedingt weniger Fehler. Im Gegenteil: Bei hoher Professionalität nimmt die Fehlerzahl sogar ab, wenn es innerhalb eines Teams regelmässige Wechsel gibt.

Juristische Aspekte

Dass Schäden rasch gemeldet werden, liegt nicht nur im Interesse einer verbesserten Fehlerkultur, sondern ist auch aus juristischer Sicht ratsam. Nur so kann nämlich, wie Volker Pribnow (Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Arzthaftpflicht) in seinem Referat erläuterte, dem Verdacht

vorgebeugt werden, einen misslungenen Vorgang vertuschen zu wollen. Für Ärzte ist es in diesem Zusammenhang auch wichtig zu wissen, dass strafrechtliche Verurteilungen extrem selten sind und dass zumindest im Bereich der ambulant praktizierenden Allgemeinärzte auch Haftpflichtklagen nur selten Erfolg haben. Dem Patienten wird eine angemessene, nach den Regeln der ärztlichen Sorgfaltspflicht vertretbare Behandlung geschuldet, nicht etwa eine maximale Versorgung. Wenn der Arzt seine Sorgfaltspflicht beachtet und dies auch zeitnah dokumentiert, ist er in aller Regel rechtlich abgesichert. Pribnow zeigte sehr deutlich auf, dass die Aufklärungspflicht im Zen-

trum steht: Der Patient hat einen rechtlichen Anspruch darauf, über alle erheblichen Risiken und alle Behandlungsalternativen informiert zu werden (dabei steht es dem Patienten frei, sich infolge dieser Informationen unvernünftig oder nach eigenem Gutdünken zu verhalten). Wenn der Arzt sich bemüht, offen mit dem Patienten zu kommunizieren, und so die Grundlage dafür schafft, dass der Patient ihm auch in kritischen Situationen vertraut, so entspricht er hiermit nicht nur medizinischen Idealen, sondern er senkt, wie die juristische Praxis zeigt, auch die Wahrscheinlichkeit, dass er auf juristischem Weg zur Rechenschaft gezogen wird.

Mut zur Fehlerkultur

Mit einem Satz, den Daniel Scheidegger ins Auditorium gestellt hat, möchte ich diesen Bericht beschließen und die Lesenden zu einer neuen Kultur im Umgang mit Fehlern ermutigen: «Heute schon Fehler gemacht? – Schade, nichts gelernt!» ■

Autor:

Dr. med. Götz Roth

Oberarzt Akutbereich

Psychiatriezentrum Schaffhausen

Kantonale Psychiatrische Klinik

Breitenau und Ambulante Dienste

Breitenaustrasse 124

8200 Schaffhausen

E-Mail: goetz.roth@breitenau.ch

Fortsetzung von Seite 36

3. TarMed

Ab dem 1. Januar 2004 wird für die ambulanten Leistungen in der Schweiz flächendeckend das Einzelleistungstarifierungssystem TarMed eingeführt. Durch Art. 11 Abs. 8 der Rahmenvereinbarung zwischen der santésuisse und der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) verpflichten sich die Ärzte, auf den ausgestellten Rechnungen spezielle Diagnosecodes auszuweisen. Diese sollen mittelfristig durch ein kohärentes System auf der Basis des ICPC- oder ICD-10-Codes abgelöst werden. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, ein dem DCG-HCC-Modell ähnliches Klassifikationssystem auch in der Schweiz einzuführen.

Konklusion

In den USA hat sich gezeigt, dass sich diagnosebezogene Klassifikationsmodelle für die Vorhersage der Kosten individueller Versicherter und hiermit für die Capitationberechnung besser eignen als Modelle, die nur krankheitsunspezifische Merkmale verwenden. Die Datengrundlagen für diagnosebezogene Modelle sind in der Schweiz zurzeit noch nicht vorhanden. Es zeigt sich aber, dass sich dies in absehbarer Zukunft ändern wird.

Es wird also auch in der Schweiz möglich werden, Modellrechnungen für diagnosebezogene Klassifikationsmodelle durchzuführen. Diese bieten interessante Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung der bisherigen Formel zur Berechnung der Capitation für Ärztenetze mit Budgetverantwortung und können eventuell auch im Risikoausgleich unter den Krankenversicherern Anwendung finden. ■

Autoren:

Oliver Strehle

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

und

Dr. Andreas Weber

MediX Management AG

Zürich

Korrespondenz:

Dr. med. Andreas Weber

MediX Management AG

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: andreas.weber@medix-

gruppenpraxis.ch

Tel. 01-366 50 60

Fax 01-366 50 69

Internet: www.medix-aerzte.ch

Literatur:

1. Beck, K. (2001): Capitationberechnung in der Schweiz: The State of the Art, in: *Managed Care*, 1/2001, S. 12–16.
2. Bühner, A., Zaugg, P. Y (2003): Der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 84, S. 264–267.
3. o.V. (2001): Kopfpauschalen (Capitation) in der Schweiz, in: *Managed Care*, 1/2001, S. 17–18.
4. Zweifel, P. (2003): Nachfolgeprojekt Incentives. Wissenschaftliche Untersuchung der Anreizsysteme im Versicherungsangebot der SWICA, SWICA, Winterthur.
5. IGES, Lauterbach, K.W., Wasem, J. (2002): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Berlin.
6. Pope, G.C. et. al. (2000): Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment, in: *Health Care Financing Review*, 21, 3, S. 93–118.
7. Greenwald, L.M. et. al. (1998): Risk adjustment for the Medicare program: Lessons learnt from research and demonstrations, in: *Inquiry – Excellus Health Plan*, 35, 2, S. 193–209.
8. Beck, K. (2003): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, CSS Versicherung, Kapitel 4, Luzern.
9. Bundesamt für Statistik (BFS) (2000): Statistik diagnosebezogener Fallkosten, Provisorisches Detailkonzept, 2.1, Neuchâtel.