

## Aus Fehlern lernen - Schwachstellen im System rechtzeitig erkennen

Patienten vor vermeidbaren Schmerzen und Verletzungen zu bewahren, stellt seit Bestehen der Medizin eines der ureigensten Kernanliegen ärztlichen Handelns dar. In jüngster Zeit wird dieses Anliegen verstärkt in der öffentlichen Diskussion, von Seiten der Politik und von Fachmedien unter dem Begriff „Patientensicherheit“ aufgegriffen. Das Thema hat Konjunktur – in Deutschland ebenso wie auf internationaler Ebene. Welche Gründe aber gibt es für dieses augenscheinlich erstarkte Interesse an Fragen zur Sicherheit in der Patientenversorgung? Und worauf bezieht sich „sicher“?

Treten vermehrt Fehler und Schäden auf? Oder misstrauen Patienten heute mehr als in früheren Zeiten den Gesundheitssystemen und der Qualität der medizinischen Versorgung? Eine Antwort auf diese Fragen wird naturgemäß auf mehreren Ebenen ansetzen müssen. Der nachfolgende Beitrag konzentriert sich auf die Erkenntnisse aus der Human-Error-Forschung und stellt dar, inwiefern diese bei der Beantwortung hilfreich sein können.

*Von Sonja Barth*



## Die Suche nach „Schuldigen“ – Personenbezogener Ansatz

Der Leitsatz „Primum nihil nocere“, der bereits Hippokrates (ca. 500 v. Chr.) zugeschrieben wird, bringt zum Ausdruck, dass der Schutz des Patienten vor Verletzung und Schaden höchste Priorität für Ärzte genießt. Krankheiten verursachen Leiden. Aber auch medizinische Eingriffe bergen Risiken, die den Gesundheitszustand von Patienten verschlechtern – und nicht, wie beabsichtigt, verbessern – können. Die Befassung mit diesen behandlungsbedingten negativen Folgen medizinischer Eingriffe stellt seit jeher einen integralen Bestandteil des ärztlichen Handelns und Selbstverständnisses dar. Dabei geht es nicht nur um negative Auswirkungen einer Behandlung, die nach einer Risiko-Nutzen-Abwägung bewusst von Arzt und Patient in Kauf genommen werden. Dies ist zum Beispiel der Fall bei Arzneimittelnebenwirkungen, die bekannt sind. Ebenso bezieht sich diese Auseinandersetzung auf nicht zu vermeidende Ereignisse, die im Rahmen von Behandlungsprozessen auftreten können. Ein Beispiel hierfür stellt die Nichtbeachtung von Wechselwirkungen bei Medikamenten dar, die unter anderem bei der Behandlung von multimorbiden Patienten auftreten können.

Dem eigenen Selbstverständnis und der Selbstverpflichtung entsprechend ist die ärztliche Berufsausübung daran gebunden, nach bestem Wissen und Gewissen das ärztliche Handeln in den Dienst der Gesundheit des Patienten zu stellen. Hierauf gründet das Vertrauen, das der Patient in seinen Arzt setzt. Das Einlassen des Arztes auf den individuellen Patienten mit seinem spezifischen Krankheitserleben und seinen körperlichen und psycho-sozialen Voraussetzungen sowie die Verbindung des aktuell verfügbaren objektiven Wissens und der Erfahrung des Arztes (interne und externe Evidenz) sind Kern des Behand-

lungsprozesses. Sowohl patientenseitig, als auch arztseitig besteht die Erwartung, dass die mit dem medizinischen Fortschritt einhergehenden steigenden Möglichkeiten in der Medizin, als auch die hohen Anforderungen an die ärztliche Leistung dafür Sorge tragen, dass dem Patienten bestmöglich geholfen werden kann. Sofern das erwünschte und erwartete Behandlungsergebnis eintritt, kann mit diesen Erwartungen gut umgegangen werden. Schwierig wird es jedoch, wenn der Behandlungsprozess nicht zum erwünschten Heilungserfolg führt – aus welchen Gründen auch immer. Häufig anzutreffen – und nicht nur für den medizinischen Bereich typisch – war bzw. ist, dass beim Auftreten von nicht erwarteten, unerwünschten Ereignissen eine verkürzte Ursachenanalyse erfolgt: Statt eines differenzierten Blickes auf die Entstehungszusammenhänge von Schadensereignissen, wird häufig Personen fehlerhaftes Handeln zugeschrieben. So war in der Vergangenheit nicht selten die Schlagzeile „Ärztepfusch“ zu lesen, die eine einseitige Anprangerung ärztlicher Sorgfaltspflicht zum Ausdruck bringt. Die Suche nach einem „Schuldigen“ dient als kurzfristige Lösung des

Problems. Auch im innerärztlichen Umgang mit Beinahe-Schäden und Schadensereignissen überzog lange Zeit die Überzeugung, dass vermeidbare unerwünschte Ereignisse vor allem auf die ungenügende Leistung und das Versagen von einzelnen Mitarbeitern zurückzuführen sind. Insofern setzen auch Maßnahmen, die zur Vermeidung von Fehlern beitragen, vor allem bei der Leistungsfähigkeit des Einzelnen an: Es wird auf die Verbesserung der medizinisch-fachlichen Kenntnisse, die Optimierung von Fertigkeiten und die Steigerung der Aufmerksamkeit, Motivation, Gründlichkeit u.ä. abgehoben.

Diese Sichtweise ist notwendig und richtig. Aber gleichzeitig muss festgehalten werden, dass die persönliche Verantwortung und Performance des Einzelnen für sein Handeln nur einen – wenngleich wichtigen – Ausschnitt des Problems zu erfassen vermag.

## Schwachstellensuche – Systembezogener Ansatz

Eine umfassendere Sichtweise, die über die Betrachtung der Verantwortung von einzelnen Personen hinaus geht, verfolgt der Ansatz, der seit einigen Jahren unter

### Begriffsdefinitionen

**Patientensicherheit** wird definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. Für ein systematisches Verständnis sind folgende Schlüsselbegriffe grundlegend:

**Unerwünschtes Ereignis** (engl.: adverse event): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

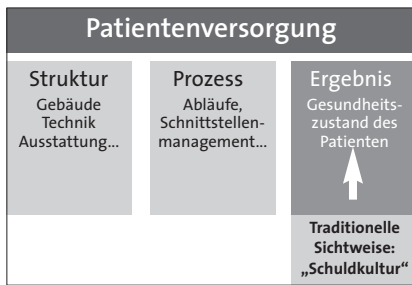
**Kritisches Ereignis** (engl.: critical incident): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

**Vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (engl.: preventable adverse event): Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

**Fehler** (engl.: error): Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

**Beinahe-Schaden** (engl.: near miss): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

*Definitionen gemäß Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.  
([www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de))*



dem Begriff „Patientensicherheit“ bekannt geworden ist. Ausgangspunkt für die breite Aufmerksamkeit für diesen Ansatz, war die Veröffentlichung des international rezipierten Berichtes „To err is human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) im Jahr 2000.

Dieser Bericht stellte zum einen heraus, dass Fehler in der Medizin deutlich häufiger auftreten, als dies angenommen worden war. Und zum anderen ist es den Autoren gelungen, sehr deutlich herauszuarbeiten, dass vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der Medizin nicht hauptsächlich auf singuläre und leicht zu isolierende Faktoren wie etwa menschliches Versagen zurückzuführen sind. Der Bericht richtet den Blick darauf, dass es sich bei der Medizin um ein Arbeitsfeld handelt, das – in Bezug auf die Fehlerproblematik – vergleichbar ist mit „Hochrisikobereichen“ wie etwa der Luftfahrt, Kernkraft oder der chemischen Industrie. Hierbei handelt es sich um Arbeitsbereiche, die im Falle eines Fehlerereignisses ein hohes Gefährdungspotenzial für das menschliche Leben bergen. Für diese Arbeitsbereiche ist es von besonderer Bedeutung, dass das Funktionieren der eingesetzten hochkomplexen Technik mit einem hohen Maß an Sicherheit gewährleistet werden kann. Ein eigener interdisziplinärer Forschungszweig hat sich herausgebildet, der sich damit befasst, Fehlerursachen in komplexen Arbeitswelten wie diesen auf den Grund zu gehen. Dieses unter „Human Error“ (Fehlerforschung) bekannt gewordene Forschungsfeld konzentriert sich darauf, das Zusammenspiel von Mensch, Technik und Organisation zu untersuchen.

Zum einen geht es dabei darum, Strategien zu finden, die es der Fehlbarkeit, die in der Natur des Menschen liegt (irren ist nun mal menschlich) schwer macht, in ein tatsächliches Fehlerereignis mit Schadensfolgen zu münden. Erreicht wird dies unter anderem dadurch, dass in Arbeitsabläufen an mehreren Punkten unterschiedlich gestaltete, sicherheitsrelevante Überprüfungsmöglichkeiten integriert wer-

den, die gewährleisten, dass das geplante bzw. gewählte Vorgehen mehrmals bestätigt wird.

Zum anderen befasst sich diese Fehlerforschung auch damit, wie die Stärken, die uns Menschen gegenüber technikbasierten, automatisierten Einheiten auszeichnen, optimal eingesetzt bzw. genutzt werden können, um Arbeitsprozesse möglichst sicher zu gestalten. Gemeint sind damit menschliche Poten-

## DRK Kliniken Berlin: Eingriffsverwechslungen vermeiden Richtiger Patient? Richtiger Eingriff? Richtige Seite?

Diese drei Fragen bestimmen das Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in den DRK-Kliniken Berlin. Im Jahr 2007 hat eine Arbeitsgruppe berufsgruppenübergreifend und interdisziplinär ein Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen erarbeitet und erfolgreich implementiert. Dabei hat die Arbeitsgruppe auf die „Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zurückgegriffen. Mit dessen Zustimmung wurde diese Empfehlung modifiziert und an die eigenen Erfordernisse angepasst.

Das Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beschreibt in zeitlicher Abfolge vier Kontrollstufen im Sinne von Sicherheitsbarrieren:

- Im Rahmen der Aufklärung Identifikation des Patienten, indem dieser Namen und Geburtsdatum nennt
- Markierung des Eingriffsortes bei seitenrelevanter OP mit einem wasserfesten Stift, indem der Patient, wenn möglich, dem Arzt selbst den Eingriffsort zeigt
- Identifikation des Patienten sowohl bei der Übernahme in den OP und Zuordnung zum OP-Team als auch unmittelbar vor Narkosebeginn durch Überprüfung von Namen und Geburtsdatum sowie Überprüfung der Markierung bei seitenrelevanter OP
- Team-Time-Out, ein kurzes Innehalten des OP-Teams, unmittelbar vor dem Eingriff, während noch einmal Name des Patienten, Eingriffsart, Eingriffsort und -seite geprüft werden

Jede einzelne Kontrollstufe wird durch die Aspekte „wer“, „wann“, „was“ konkretisiert.

Das Team-Time-Out ist als Verhaltensrückkopplung der Akteure eine „neue“ zusätzliche systemische Kontrollstufe. Für die Akzeptanz dieser Kontrollstufe ist entscheidend, dass die verantwortlichen Operateure das Team-Time-Out (vor)leben.

Das Verfahren der DRK Kliniken Berlin zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen ist eine Handlungsanweisung: Auf einer DIN A-4-Seite, anschaulich in Form von Piktogrammen und erläuterndem Text, dargestellt. Gleichzeitig ist das Formblatt so gestaltet, dass patientenbezogen die vier Kontrollstufen dokumentiert werden können. Das ausgefüllte Formblatt wird schließlich der Patientenakte beigelegt.

Die Umsetzung des Verfahrens wird regelmäßig überprüft. Ausschlaggebend dabei ist, wie häufig es genutzt wird. Ein Jahr nach seiner Einführung wird das Verfahren nun durchgängig angewandt. 75 % der Formblätter sind komplett, 25 % noch unvollständig ausgefüllt. Seit Ende 2008 wird das Verfahren auch in den Funktionsbereichen genutzt.

Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

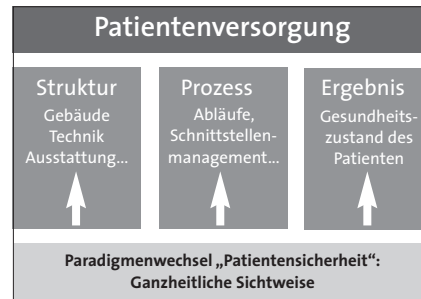
**BEISPIEL 1**

ziale wie zum Beispiel Erfahrung, Kreativität und Intuition, die es ermöglichen, dass routinemäßige Abläufe hinterfragt, korrigierend eingegriffen und in kritischen Situationen, etwa wenn ein technisches Gerät ausfällt, spontan reagiert werden kann und unter Umständen neue Lösungsansätze gefunden werden. Für den Bereich der Medizin sind diese Erkenntnisse besonders relevant, da wir es hier eben nicht nur mit dem Einsatz einer zunehmend komplexer werdender Technik zu tun haben, sondern die Behandlung kranker Menschen gerade durch die Arbeitsleistung und die Interaktion von Menschen getragen wird.

Der oben genannte Bericht des IOM stellt vor allem unter Bezugnahme auf die Arbeiten des Psychologen James Reason eine direkte Verbindung her zwischen den Erkenntnissen der Human-Error-Forschung und der Medizin. Reason macht darauf aufmerksam, dass es überwiegend erst durch das Zusammenspiel von mehreren Schwachstellen in einem Gesamtprozess dazu kommt, dass Schadensfälle auftreten. Diese Schwachpunkte und Unsicherheiten im System verursachen für sich allein genommen noch keinen Schaden. Sie begünstigen aber durch ihr Zusammenwirken den Auftritt von unerwünschten Ereignissen. Reason spricht hier von „latentem Versagen“ („latent failure“). Die Faktoren, die am Ende einer solchen Prozesskette ein Ereignis schließlich auslösen, es also letztlich mit verursachen, aber nicht alleine dafür verantwortlich sind, werden demzufolge als auslösende Faktoren bzw. „aktives Versagen“ („active failure“) bezeichnet. Diese Unterscheidung ist im Hinblick auf die Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung relevant, besonders wenn man sich vor Augen führt, dass das latente Versagen deutlich häufiger auftritt, als das so genannte aktive Versagen am Endpunkt von Prozessketten.

Übertragen auf den medizinischen Bereich bedeutet dies, auch hier die Versorgungsorganisation als Ganzes in den Blick zu nehmen, anstatt sich iso-

liert auf einen Ort und einen Zeitpunkt zu konzentrieren, an dem ein Patientenschaden offensichtlich geworden ist.



## Die Suche nach Lösungen – Lernen aus Fehlern

Eine erfolgreiche Strategie um Schadensereignissen vorzubeugen und die Wiederholung von Fehlerereignissen nachhaltig zu verhindern, wirkt darauf hin, dass sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der Ebene von Organisationen Lernprozesse stattfinden. Es geht zum einen darum, dass Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe ihr Wissen in Bezug auf sicherheits- und fehlerrelevante Aspekte im Versorgungsprozess erweitern – zum Beispiel über Fortbildungen im Bereich der Fehleranalyse, -prävention und Umgang mit Fehlern und Schadensereignissen.

Zentrale Voraussetzung für das erfolgreiche Einbringen und „Wirksamwerden“ der individuellen Kompetenzen ist jedoch zum anderen ein lernförderliches Klima in Organisationen. Gemeint ist damit die Bereitschaft in Krankenhäusern, MVZ und Praxen, sich mit der Fehlerproblematik in einer Weise auseinander zu setzen, die es erlaubt, Maßnahmen zur Fehlerprävention zu etablieren. Diese Lernkultur gibt erst den Ausschlag für eine nachhaltige und kontinuierliche Verbesserung von Versorgungsprozessen.

Dazu gehören

- Maßnahmen, die Schwachstellen und Problempunkte in der eigenen Einrichtung erfassen – wie zum Beispiel Fehlermelde- bzw. -lernsysteme (CIRS),

- Methoden zur retro- und prospektiven Fehleranalyse,
- Strategien zur Entwicklung und Realisierung von konkreten Verbesserungsmöglichkeiten und
- Bewältigungsstrategien (inkl. Kommunikation) bei Schadensereignissen.

In den zurückliegenden Jahren wurden im nationalen und internationalen Kontext für alle genannten Bereiche Strategien und Methoden entwickelt, die zur Steigerung der Patientensicherheit beitragen können. Neben zahlreichen einzelnen Akteuren und Einrichtungen ist in Deutschland vor allen Dingen das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) – mit starker Unterstützung und Beteiligung der Ärzteschaft – aktiv geworden. So hat das APS als Netzwerkorganisation unter Einbezug aller relevanten Gruppen im Gesundheitswesen zahlreiche Arbeitsgruppen etabliert, die praxiadäquate Lösungsvorschläge erarbeiten. Die als Handlungsempfehlungen publizierten Materialien sind kostenfrei für alle Interessierten zugänglich und haben zwischenzeitlich eine breite Akzeptanz und einen hohen Anwendungsgrad erfahren.

Unabdingbar jedoch für die erfolgreiche Etablierung aller Maßnahmen zur Fehlerprävention ist ein Arbeitsklima, das dafür Sorge trägt, dass Mitarbeiter aufmerksam mit Schwachstellen in

### Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis

[www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/](http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/)



Empfehlung zur

- Vermeidung von Eingriffsverwechslung
- Vermeidung von Patientenverwechslung
- Aufbau von CIRS
- Arzneimitteltherapiesicherheit sowie
- Entwurf eines Kerndatensatzes zur Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen

Abläufen umgehen und es auch Möglichkeiten gibt, diese zu thematisieren. Ein deutliches Signal von Seiten der Führungskräfte, dass ein „modernes“, systembezogenes Verständnis in Bezug auf Sicherheit und Fehler auch tatsächlich gelebt wird, über Fehlerereignisse gesprochen, Informationen und Hinweise ernst genommen und Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit auch in die Praxis umgesetzt werden, sind Kern einer solchen vertrauensvollen Lern- bzw. Sicherheitskultur.

## Patientensicherheit als umfassender Ansatz

Für die Prävention von Fehlern im konkreten Versorgungsalltag ist es ebenso wichtig, diese Botschaft ernst zu nehmen. Aus Fehlern muss gelernt werden um sie prospektiv zu vermeiden. Das ist das Anliegen von „Patientensicherheit“. Dabei sind fehlerhafte Prozesse und Schadensereignisse in der Medizin eben nicht nur einseitig im Hinblick auf individuell verursachte Fehlleistungen zu analysieren. Vielmehr kommt es gerade auch darauf an, dass der Kontext, in den die Patientenversorgung eingebettet ist, einen zentralen Stellenwert bei der Ursachenanalyse und Prävention von Fehlern einnimmt. Nicht nur Individuen können aus Fehlern lernen, auch Organisationen müssen die Fähigkeit haben, mit Fehlern umzugehen, sich zu verändern, auf Systemebene zu lernen und auf Veränderungen im Umfeld hinzuwirken. So muss nicht etwa nur jeder Einzelne dafür Sorge tragen, dass er wach und ausgeruht seine Arbeit aufnimmt, auch die Organisation muss zum Beispiel durch eine entsprechende Dienstplangestaltung Verantwortung für die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter übernehmen. Nicht nur die Pflegekraft muss darauf achten, dass Medikamente nicht verwechselt werden, sondern ebenso sollte auf der Ebene der Produktgestaltung dazu beigetragen werden, dass ähnlich klingende Namen und Verpackungen möglichst vermieden werden (sog. „lookalike“- und

„sundalike“-Problematik). Nicht nur Ärzte sollten lernen mit Patienten zu sprechen, wenn sich ein Fehler ereignet hat, sondern auch Krankenhäuser sollten hier Maßnahmen ergreifen, die sich positiv auf das Vertrauen von Patienten auswirken.

Diese Beispiele ließen sich fortsetzen. Klar werden sollte, dass in einem sich dynamisch wandelnden und immer komplexeren Gesundheitssystem eine allein auf Professionen und Personen bezogene Fehleranalyse nicht mehr zielführend sein kann. Je mehr Schnittstellen

## DRK Kliniken Berlin: Sichere Medikamentengabe Systematische Verabreichung der Medikamente aus der Originalverpackung

Aufgrund von Hinweisen im Abschlussbericht der Rezertifizierung nach den Standards der Joint Commission International vor drei Jahren entwickelte eine einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppe aus Pflegekräften ein neues Verfahren zur Medikamentenverteilung, das nun folgende Kriterien erfüllt:

- Vorbereitung und Ausgabe der Medikamente erfolgt durch ein und dieselbe Person (Pflegefachkraft bzw. Arzt)
- Die Ausgabe der Medikamente aus der Originalverpackung - zur Überprüfung und sicheren Identifizierung des jeweiligen Medikaments - erfolgt im Patientenzimmer jeweils für einen Patienten gemäß den Anordnungen in der mitgeführten Patientenkurve unter Berücksichtigung der 5 R-Regel (richtiger Patient, richtiges Medikament, richtige Dosis, richtige Applikationsart, richtiger Zeitpunkt).
- Alle verabreichten Medikamente werden einzeln durch das Namenskürzel der verabreichenden Person abgezeichnet

Die eindeutige Identifizierung des Patienten („richtiger Patient“) erfolgt nach zwei Kriterien: Ansprache und Kontrolle des Namensbändchens, das alle Patienten in den DRK Kliniken Berlin tragen.

Insgesamt wurde der Probelauf deutlich positiv bewertet. Hier drei exemplarische Rückmeldungen:

- Patienten geben positives Feedback über die Ernsthaftigkeit der Medikamentenverteilung
- Pflegekräfte können mit Hilfe der Kurven und Beipackzettel Fragen der Patienten gezielter beantworten
- Die Bereichspflegekraft ist morgens früher beim Patienten, da sie nicht vorher im Dienstzimmer die Medikamente stellen muss

Allerdings wurde als Problem zurückgemeldet, dass sich der Zeitaufwand durch das neue Verfahren erhöhen würde. Eine Analyse zeigte jedoch, dass es zwischen ursprünglichem und neuem Verfahren keinen relevanten Unterschied im Hinblick auf den Zeitaufwand gibt.

Die Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin entschied sich nach dem erfolgreichen Probelauf für die Einführung des von der Arbeitsgruppe entwickelten Medikamentenverteilungsverfahrens. Nicht unerheblich waren die damit verbundenen Investitionen, da dies die Anschaffung von abschließbaren Medikamentenwagen für alle Stationen bedeutete.

Nach einer schrittweisen Einführung über einen Zeitraum von zwölf Monaten werden seit November 2008 die Medikamente auf jeder Station in allen fünf Krankenhäusern der DRK Kliniken Berlin nach diesem einheitlichen Verfahren ausgegeben.

Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

**BEISPIEL 2**

durch die Zusammenarbeit zwischen Versorgungseinrichtungen, Institutionen, Fachdisziplinen und Berufsgruppen bei der Versorgung von Patienten entstehen und je verdichteter Versorgungsprozesse ablaufen, desto wichtiger wird ein umfassender Ansatz, der die Fehlerproblematik kritisch in den Blick nimmt und alle am Versorgungsprozess Beteiligten bei der Fehlerprävention mit einzubeziehen vermag. Denn Patientensicherheit ist ein komplexes Unterfangen, das alle angeht.

*Literaturhinweise und weitere Informationsquellen bei der Verfasserin:*  
s.barth@aekb.de

Dipl.-Soz. Sonja Barth  
Persönliche Referentin des  
Präsidenten der Ärztekammer Berlin

## Broschüre „Aus Fehlern lernen“



„Die mutigsten Ärzte Deutschlands“ so und in ähnlicher Weise titelte die Tagespresse im Frühjahr 2008. Die Berichterstattung bezog sich auf die Veröffentlichung der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ (APS). Darin schildern Vertreter der Ärzteschaft, der Pflege und anderer Gesundheitsberufe von Fehlerereignissen aus ihrem eigenen Berufsleben. Berichtet wird über die Folgen, die sich für die Patienten ergeben haben, aber auch darüber, wie sich das Erleben von Fehlern aus Sicht der beteiligten Ärzte, Pflegekräfte u.a. darstellt. Exemplarisch werden in der Broschüre zwei Fallanalysen ausführlich vorgestellt.

Mit der Broschüre sollte ein öffentlichkeitswirksames Zeichen dafür gesetzt werden, dass das Lernen aus Fehlern – und nicht das Verbleiben bei der Suche nach „Schuldigen“ – höchste Priorität besitzt. Die durchgängig positiven Reaktionen auf die Publikation zeigen, dass dies gelungen ist.

## Mit „Sauberen Händen“ zu mehr Patientensicherheit

Die „AKTION Saubere Hände“ startete am 1. Januar 2008 als nationale Kampagne

zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Die Aktion ist Bestandteil einer weltweiten Kampagne der WHO „Clean Care is Safer Care“ zur Verbesserung der Patientensicherheit. Um eine dauerhafte Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens zu erreichen, ist die Zusammenarbeit der Experten für Infektionsprävention, der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und der Vertreter der Patientensicherheit eine wichtige Voraussetzung. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen haben deshalb eine entsprechende Initiative für deutsche Gesundheitseinrichtungen gestartet. Diese wird vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum Jahre 2010 gefördert.

Die Kampagne hat folgende Ziele:

- Die hygienische Händedesinfektion soll als evidenzbasierte Infektionskontrollmaßnahme wieder in den Fokus gerückt werden.
- Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens und damit der Patientenversorgung durch Reduktion von Krankenhausinfektionen
- Etablierung der Händedesinfektion als einen Parameter für die Qualität in der Patientenversorgung
- Stärkere Wichtung der Händedesinfektion in der Aus- und Weiterbildung.



Bis zum 30. November 2008 haben sich 425 Krankenhäuser zur aktiven Teilnahme an der Aktion entschlossen. Darunter befinden sich 12 Universitätskliniken und über 200 Lehrkrankenhäuser. Mehrere Berliner Krankenhäuser, darunter auch die Charité, haben die Teilnahme an der Kampagne beschlossen (siehe Liste der Krankenhäuser unter [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)). Den Auftakt bildete der erste Aktionstag zur Händedesinfektion am 22. Oktober 2008. Im Laufe der nächsten zwei Jahren werden Mitarbeiter geschult, Poster und Comics platziert, Messungen der Compliance der Händedesinfektion durchgeführt sowie die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern kritisch überprüft.

Aufgrund der großen Nachfrage wurde die Aktion auf Rettungsdienste, ambulante und stationäre Dialysezentren und Funktionsbereiche angepasst. Auch Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen nutzen nachweislich die Instrumente und Materialien der Aktion. Die Aktion wird sich im nächsten Jahr verstärkt der Thematik Händedesinfektion in der Aus- und Weiterbildung widmen. Schwerpunkt dabei ist die Beibehaltung des erlernten positiven Verhaltens der jungen Mitarbeiter bei Eintritt in das Berufsleben.

*Christiane Reichardt, Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Berlin, Charité*