



# **CIRS aus Sicht der Bundesärztekammer**

**Dr. Günther Jonitz,**

**Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer**

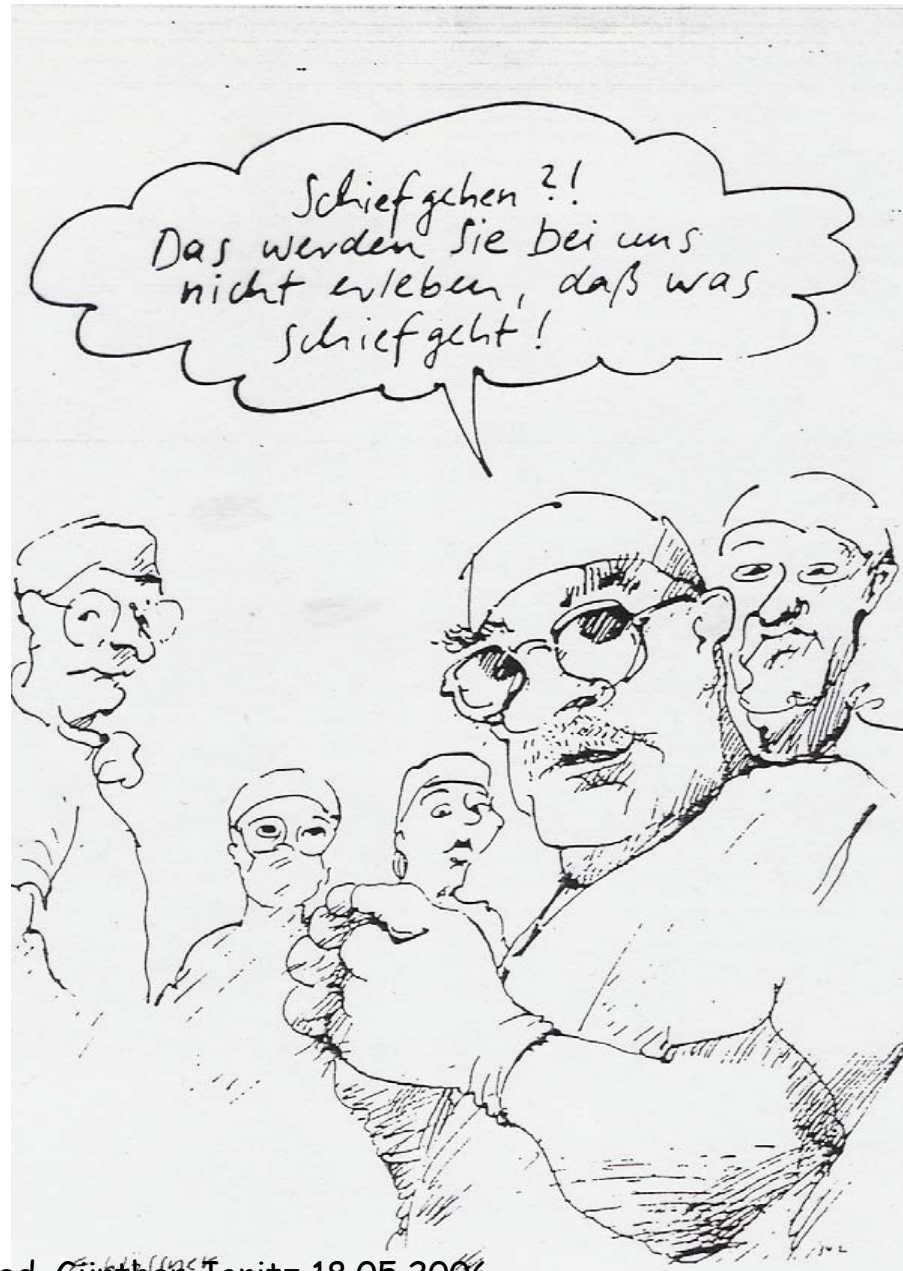
**Deutscher Anästhesiekongress, 18. Mai 2006, Leipzig**

**Das Thema ist so alt wie die Medizin selbst:**



Dr. med. Günther Jonitz 18.05.2006

Alles  
bestens  
geregelt!?



Dr. med. Günther Jonitz 18.05.2006



„Autoritäres Handeln, verbunden mit negativen Anreizen, wird immer dazu verleiten, aufgetretene Probleme nicht auszuweisen“

Prof. Dr. Eichhorn, Deutsches  
Krankenhausinstitut 1992

# Halbgott in Weiß oder schwarzes Schaf?

Die Staatsanwaltschaft hat Anklage gegen den Unfallchirurgen Hans Peter Friedl erhoben, das Ministerium ein Disziplinarverfahren eingeleitet

VON UNSEREM REDAKTEUR  
WERNER BÄRTENS

Hans Peter Friedl ist aufgebracht. Er versteht nicht, was um ihn herum geschieht. Der Unfallchirurg sieht sich in der Rolle des Opfers, zu Fall gebracht durch Neider und Intriganten. Friedl redet und redet. Über die gute Atmosphäre am Zürcher Universitätsspital, an dem er sieben Jahre lang tätig war, über seinen Berufsweg, die steile Karriere. „Hier ist die Brutstätte“, sagt er, als das Klinikumsgelände in Zürich in Sichtweite ist, „hier atmet man doch förmlich die gute Organisation und die Effizienz der Abteilung.“ Etwas leiser fügt er hinzu: „Das wollte ich in Freiburg doch auch.“

Aber in Freiburg kam alles anders. Die Staatsanwaltschaft hat Anklage gegen Friedl wegen vorsätzlicher Körperverletzung in drei Fällen sowie wegen Abrechnungsbetrugs erhoben. Das Wissenschaftsministerium hat ein Disziplinarverfahren eingeleitet. Ob das mit der Anklageerhebung beantragte Berufsverbot verhängt wird, muss ein Gericht entscheiden. Operieren darf Friedl derzeit nicht. Seit Mai ist der Chirurg für ein halbes Jahr von seiner klinischen Tätigkeit beurlaubt. Auf eigenen Wunsch, sagt er fast trotzig. Auf massiven Druck durch Klinikumsvorstand und Rektorat, betonen Vertreter der Universität. Kaum jemand aus dem Umfeld des Klinikums rechnet damit, dass Friedl seine Arbeit in Freiburg wieder aufnehmen wird.

Arbeiten mit widerspenstigem „Material“



Bis heute frei von Selbstzweifeln: Hans Peter Friedl

on, Ehrgeiz und Leistungswillen. Eigenschaften, wie sie für seine Abteilung nun einmal unabdingbar seien. „Aber davon will der Verwaltungschef ja nichts wissen. Gibt einem solches Material.“ Damit meint er die Ärzte, die sein Freiburger Vorgänger eingestellt hatte.

Das „Material“ war widerspenstig. Friedl muss seinen Mitarbeitern in Freiburg gesagt haben, dass er von ihnen wenig hält: zu alt, zu wenig publiziert, zu wenig engagiert. Dagegen fehlte doch

zimmer. Friedl war der Mu von Trentz, „alles was ich bir ich ihm“, sagt er über sein Trentz lobt an Friedl dess sungsgabe, sein operatives Ge den unbedingten Erfolgswill allerdings auch ungestimm“, s „und nimmt bei dem Tempo, legt, nicht auf den Langsam sicht.“ Da Trentz seine facl higkeiten hoch einschätzte, h in Zürich an dienstlitarer

zen. Sollte es nicht zu einem Berufsverbot kommen, hofft die Uni auf eine einvernehmliche Einigung mit Friedl. Sie will ihn mit einer Abfindung dazu bewegen, seine Position aufzugeben. Die Affäre ist Klinikumsvorstand und Wissenschaftsministerium lästig, es soll endlich wieder Ruhe in der Unfallchirurgie einkehren. Schließlich sei auch „der Druck der Öffentlichkeit“ enorm gewachsen.

„Es ist sehr irrational, wie Ärzte in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden“, sagt der Medizinhistoriker Thomas Schlich, „in guten Zeiten werden sie zu Helden überhöht. Lassen sie sich etwas zu Schulden kommen, dann ist ihr Fall allerdings umso tiefer.“ Allerdings besteht zwischen Arzt und Patient auch ein besonderes Verhältnis. Bei den kleinsten Verfehlungen wird das Vertrauen brüchig. Dann ist nichts leichter, als aus einem Halbgott in Weiß ein schwarzes Schaf zu machen. Natürlich spielen die Medien bei dieser Skandalisierung eine wichtige Rolle. Vor kurzem

Das Kölner Wetter heute:



Heute sehen wir die Sonne nicht. Regen und Gewitter, 15 Grad

MITTWOCH, 12. APRIL 2000

# Köln



## Ärztefuscher: 25 000 Tote?

Marburg – Der Allgemeine Patientenverband behauptet: Durch Ärztefehler und mangelnde Hygiene sterben jedes Jahr 25000 Menschen in Deutschland.





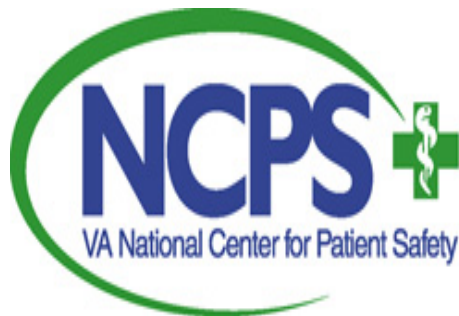
Welcome to

# National Patient Safety Foundation®



**Agency for Healthcare Research and Quality**

*Advancing Excellence in Health Care*



**National Patient Safety Agency**

[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)



**PATIENT SAFETY INSTITUTE**

*Partners Working Together for the Good of Patients*

One stop for knowledge and  
innovation for safer healthcare

[www.saferhealthcare.org.uk](http://www.saferhealthcare.org.uk)

Dr. med. Günther Jonitz 18.05.2006

*"First, do no harm..."*  
Attributed to Hippocrates circa 470-350 B.C.



World Health Organization  
20 Avenue Appia  
CH-1211, Geneva 27  
Switzerland  
Tel. +41 (0)22 791 40 24  
Fax +41 (0)22 791 13 88  
Email: [patientsafety@who.int](mailto:patientsafety@who.int)

Please visit our  
website at:  
[www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)

# WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

---

## FORWARD PROGRAMME 2005



ISBN 92-4-159244-3



World Health Organization

# Handlungsbedarf:

**Die Medizin wird komplexer.**

**Die Patienten werden älter, anfälliger  
und anspruchsvoller.**

**Die Rahmenbedingungen für gute  
Medizin werden schlechter.**



# Handlungsmöglichkeiten:

**Wissen im Umgang mit Fehlern nimmt zu**

Organisations- und Kommunikationsmängel statt „individuelle Schuld“

**Neue Verfahren zur Fehlervermeidung stehen zur Verfügung**

Fehlerlernsysteme (Critical Incident Reporting Systems), Fortbildungen, Schulungen, Zertifizierung

**Politische Einsicht zur konkreten Handlung ist vorhanden**

BÄK, KBV, AWMF, GKV, DKG, PatVertreter, Pflege, (Aktionsbündnis Patientensicherheit), BMG, WHO, EU



# Hemmnisse:

- **Selektive Wahrnehmung**  
Null-Fehler-Anspruch bei Arzt und Patient  
„Halbgott in weiß“ „liaison dangereuse“
- **Haftungsrisiko**  
Selbstbezeichnung
- **Sündenbock-Prinzip**  
„Second victim“
- **Politischer Missbrauch**  
„die haben's nötig...“



# Historie

- ~ 1996 StäKo Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen
- 1998 Bristol Case UK
- 1999 To Err Is Human IoM
- 11-01 SP-Heft BERLINER ÄRZTE
- 2002 Berliner Gesundheitspreis (verl. 2003)
- 2002 WHO Generalversammlung
- 4-04 Workshop ÄKB AOK: Netzwerk
- 10-2004 World Alliance Patient Safety WHO
- 10-2004 GQMG Jahrestagung
- 4-2005 Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 4-2005 Deutscher Chirurgenkongress
- 5-05 Deutscher Ärztetag
- 2005 Patient Safety EU-Kommission



# Ziele I: Politisch-inhaltlich

Erhöhte Patientensicherheit führt zu:

- Vertrauen
- Professionalität
- Glaubwürdigkeit
- Weiterentwicklung



# Ziele II: Ethisch-medizinisch

Erhöhte Patientensicherheit führt zu:

- besserer Medizin
- weniger Leid
- geringeren Kosten

**„Win-Win-Win-Situation“**



# Ziele III: organisatorisch

Erhöhte Patientensicherheit führt zu:

- besserer Organisation
- besserer Kommunikation
- besserer Kooperation

in Krankenhäusern und Arztpraxen



# Berufspolitischer Stellenwert des Themas

- Nach **Innen** wirken: Tabuisierung des Themas abbauen
  - Bereitschaft, sich selber den Spiegel vorzuhalten („Rechenschaft“)
  - Nicht **wer** ist schuld, sondern **was** ist schuld fragen
  - Weiterentwicklung von Methoden zur Erhöhung von Patientensicherheit zählt zum professionellen Selbstverständnis
  - Neuer Handlungsbedarf für Fehlerprävention
- Nach **Außen** wirken: Skandalisierung des Themas entgegentreten
  - Schuldzuweiskultur („culture of blame“) beenden
  - Vertrauen schaffen
  - Ansehen und Glaubwürdigkeit steigern

# Transparenz und Vertrauen herstellen:

- Thema enttabuisieren
- Thema versachlichen
- Missbrauch vermeiden
- Betroffene beteiligen

Auch alle Berufsgruppen





# Förderung von ärztlicher Fehlerkultur

- Beschlüsse des DÄT 2005 zu Patientensicherheit und Fehlermanagement
- Koordination und Intensivierung bestehender Aktivitäten
  - Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen
  - Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Unterstützung einrichtungsinterner Maßnahmen
  - Risikomanagement
  - Fehlermanagement (CIRS)
  - RM-Module in Zertifizierung (KTQ, QEP...)
  - [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de)



# Verfahren, Instrumente:

- ✓ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft =  
Arzneimittelsicherheit
- ✓ Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (Fehlerregister)
- ✓ Buch und Glossar „Patientensicherheit“
- ✓ [www.forum-patientensicherheit.de](http://www.forum-patientensicherheit.de)
- ✓ Curriculum Qualitätsmanagement
- ✓ Fortbildung Risiko- und Fehlermanagement
- ✓ RM-Modul in Zertifizierung von Klinik und Praxen (KTQ, QEP...)
- ✓ Fehlerlernsysteme ([www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de) , [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de))
- ✓ Curriculum „Ärztliche Führung“ (i.V.)
- ✓ ...

# Risikomanagement und CIRS

- Fehlermeldesysteme (CIRS) tragen zum Risikomanagement bei, aber **Risikomanagement ist nicht gleich CIRS**
- Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) konzentrieren sich auf die Suche nach Fehlern oder Beinahefehlern, die zum Schaden hätten führen können
- **Ohne klares Commitment und Vorbildfunktion der Leitung kein Risikomanagement!!**



# *„I'm a patient, not a consumer!“*

“When I am ill, I am, by definition, less capable, less ready to take critical decisions. **What I want above all is to surrender myself to a system that knows what it is doing.** I want to rely on someone else's professional judgment, rather than worrying if I have made things worse for myself.

Just imagine the conversation in your GP's surgery, as you study star ratings and waiting times. Suppose you have cervical cancer, or your child has leukaemia. Would you like to go to the one-star hospital in three weeks, or the three-star hospital in three months? How do you live with yourself if you go to the first hospital and the surgeon proves incompetent, or you wait for the second one, only to find that the illness has fatally progressed?

When we encounter the health service, we want to be treated as a human being with an illness, not as a medical problem with an irritating person attached.

It should have a new focus on offering a trustworthy, responsive, patient-focused service everywhere.”

Jenni Russell Saturday June 26, 2004 The Guardian



# Wiederentdeckung

primärer ärztlicher Tugenden

auf systematischer Basis

Herzlichen Dank!

[g.jonitz@aekb.de](mailto:g.jonitz@aekb.de)