

Veranstaltung „CIRSForte“ am 24. Januar 2018

Grußwort RKF/Stand 08.02.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

die moderne Medizin ermöglicht immer mehr Behandlungsoptionen, auch im hohen Alter, birgt andererseits aufgrund ihrer Komplexität und arbeitsteiligen Vorgehensweise jedoch auch neue Risiken, insbesondere an den Schnittstellen der Behandlungskette.

Heutzutage sind in der Regel mehrere Behandler an der Versorgung eines Patienten beteiligt, unterschiedlicher Fachdisziplinen und unterschiedlicher Versorgungssektoren, sei es im Zusammenhang mit komplexen Akuterkrankungen wie Krebs, sei es im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, die höchst facettenreich und kompliziert sein können, insbesondere, wenn sich altersbedingt eine Multimorbidität entwickelt.

Es ist jetzt fast 20 Jahre her, dass das Institute of Medicine den Bericht „*To err is human*“¹ veröffentlicht hat. Seither sind viele Initiativen zur Steigerung der Patientensicherheit gestartet, so wie es uns die Luftfahrt angesichts der immer größeren Verkehrsdichte mit intensiven Maßnahmen zur Steigerung zur Flugsicherheit vorgemacht hat.

Zu den Meilensteinen der Entwicklung einer Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen zählt die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Jahr 2005, aber auch der 108. Deutsche Ärztetag, ebenfalls im Jahr 2005. Mit der EntschlieÙung über „*Initiativen der Ärzteschaft zur Förderung von Patientensicherheit*“² wurde das ärztliche Selbstverständnis als unfehlbarer „Halbgott in Weiß“ endlich beerdigt und einer selbstkritischen, patientenzentrierten Grundhaltung, aus Fehlern lernen zu wollen, zum breiten Durchbruch in der Ärzteschaft verholfen.

Um aus Fehlern lernen zu können, ist es zuallererst wichtig, Rahmenbedingungen und geeignete Instrumente zu schaffen, damit Fehler in der Medizin nicht totgeschwiegen, sondern berichtet werden. Es war deshalb eine weitere wichtige Grundsatzentscheidung des Deutschen Ärztetags von 2005, dass 1.) die Teilnahme an einem Critical Incident Reporting System (CIRS) freiwillig, anonym und sanktionsfrei sein müsse, und 2.) dass ein CIRS in eine qualitätsorientierte einrichtungsinterne Unternehmenskultur eingebettet sein muss.

Zwischenzeitlich sind Mindeststandards für Risiko- und Fehlermanagementsysteme in Krankenhäusern sowie in Arzt- und Zahnarztpraxen festgelegt worden. Dies ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der diesen gesetzlichen Auftrag im Rahmen der 2016 in Kraft getretenen Erstfassung einer sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement-Richtlinie³ auch umgesetzt hat.

¹ Institute of Medicine (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC, The National Academies Press.

² Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.-06. Mai 2005 in Berlin, EntschlieÙungen zum Tagesordnungspunkt VII: Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit

³ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL, in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016

Die Nutzung eines CIRS sollte seither keine Frage des „Ob?“, sondern nur noch des „Wie?“ sein. Dies war und ist ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers. Die gesetzliche Verpflichtung zu Risiko- und Fehlermanagement mag auf den ersten Blick im Widerspruch zu den Grundvoraussetzungen eines funktionierenden CIRS – freiwillig und sanktionsfrei – stehen. Der Klarstellung halber sei festgestellt, dass die einzelne, konkrete Meldung in ein CIRS gemäß Richtlinie des G-BA selbstverständlich auch weiterhin freiwillig, anonym und sanktionsfrei erfolgen soll und erfolgen muss. Dass der Gesetzgeber und in der Folge der G-BA in der Beteiligung an einem CIRS mittlerweile eine verpflichtend zu erfüllende Mindestanforderung sieht, halte ich jedoch für folgerichtig.

Nicht zuletzt, weil seit dem Erscheinen von „*To err is human*“ die Leistungsdichte in der deutschen Patientenversorgung noch einmal zugenommen hat, halte ich die Einführung von Mindestanforderungen an eine Sicherheitskultur für richtig. Die Ausschöpfung von Skaleneffekten durch Fallzahlsteigerungen wird unter der Überschrift „*Ausschöpfung von Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotentialen*“ von den einen als positive Entwicklung bewertet, unter der Überschrift „*Industrialisierung der Medizin*“ von den anderen kritisch gesehen.

Auf das Pro und Contra der Ökonomisierung der Medizin kann ich heute nicht eingehen. Fakt aber ist: Im deutschen Gesundheitswesen drehen sich alle im Hamsterrad: Die Krankenhäuser, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen des DRG-Systems und der rückläufigen Investitionskostenfinanzierung ihre Fallzahlen in den letzten 13 Jahren auf jetzt bald 20 Millionen stationäre Behandlungsfälle im Jahr gesteigert haben. Die Vertragsärzte, die im Schnitt nur noch siebeneinhalb Minuten Zeit für einen Patienten haben.

Je schneller sich das Hamsterrad dreht, desto größer wird jedoch das Risiko, dass hierbei schlechte Medizin herauskommt. Dieses steigende Risiko einer schlechten Medizin ist kein abstraktes, sondern ein ganz konkretes, ein die Gesundheit und das Überleben von leibhaftigen Patientinnen und Patienten betreffendes. Die Erforschung von Behandlungsfehlerursachen sollte uns aber gelehrt haben, nicht „*Wer?*“, sondern „*Was?*“ ist schuld zu fragen, da vermeidbare Komplikationen und Todesfälle in der Regel auf einer Verkettung mehrerer Faktoren und Vorkommnisse beruhen. Die moderne Hochleistungsmedizin wird zum Sicherheitsrisiko. Und dies umso mehr, je komplexer die moderne Medizin wird und je mehr Behandler arbeitsteilig an der Behandlungskette beteiligt sind. Und auch umso mehr, je mehr ökonomische Fehlanreize des jeweiligen Vergütungssystems einen Tunnelblick auf das jeweils eigene Leistungsspektrum fördern, und noch einmal mehr, wenn aus wirtschaftlichen Gründen begründbare Fallzahlsteigerungen auf zunehmende Personalengpässe treffen, wie zum Beispiel bei der Krankenpflege im Krankenhaus.

Kommunikationsdefizite sind eine der Hauptursachen für kritische Ereignisse und Behandlungsfehler in der Medizin und nehmen nach meiner Wahrnehmung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen – obwohl wir uns im sogenannten Informationszeitalter befinden – nicht ab, sondern zu. Um die Kommunikation in der Medizin zu fördern, bedarf es einer komplexen Strategie: Hierzu zählen die Vermittlung von Teamverständnis und das Training von Kommunikationskompetenz, am besten bereits im Medizinstudium, die Stärkung der Gesundheits- bzw. der Krankheitskompetenz der Patientinnen und Patienten, damit meine ich „*Patient Empowerment*“, und natürlich ein patientenzentriertes Wissensmanagement einschließlich der überfälligen elektronischen Patientenakte, auf die mit Einwilligung des Patienten alle an der Behandlung beteiligten Gesundheitsberufe zugreifen können.

Zur notwendigen Kommunikationsentwicklung in der Medizin zählt zwingend auch eine stärkere Nutzung von CIRS. CIRS ist ein modernes Kommunikationsinstrument par excellence: Fehlermeldesysteme schaffen einen nicht abgeschotteten, aber geschützten Raum, in dem Ereignisse kommuniziert werden können, die ansonsten übersehen oder totgeschwiegen worden wären. Eine kontinuierliche Fortentwicklung der Sicherheitskultur in der Medizin ist unverzichtbarer denn je. Ich freue mich deshalb sehr über das Projekt „*CIRSfort-entwicklung*“. „*CIRSforte*“ wird sich mit Fokus auf der ambulanten Versorgung insbesondere mit den Implementierungshürden auseinandersetzen, die bis dato eine funktionierende, selbstverständliche Fehler- und Sicherheitskultur in der deutschen Regelversorgung behindern. Ich bin überzeugt, dass sehr viele Patientinnen und Patienten von den im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnissen und Verbesserungen profitieren werden.

Ich wünsche Ihnen deshalb viel Erfolg!

Vielen Dank!