



Fehler-Management und Fehler-Meldesystem

Beim Fehler-Management 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 gefunden und eingeführt wird. Essentiell ist dabei das Verständnis, dass der systematische Umgang mit Fehlern nur gelingen kann, wenn er Teil des täglichen Risiko-Managements wird. Das kann jedoch nicht gelingen ohne die Einstellung (*Attitude*), das Erkennen und Nutzen von Fehlern beziehungsweise unerwünschten Ereignissen auch tatsächlich zu wollen. Nur dann gelingt ein erfolgreicher Verbesserungsprozess in der Praxis durch wirksame Handlungsempfehlungen zur Prävention von unerwünschten Ereignissen.

Fehler sind aber nicht gleich Fehler, da Schäden und Folgen sehr unterschiedlich sein können. Es bedarf einer strikten Unterteilung in passende Ereignis-Grade, die bei Meldung (*Report*) unbedingt sanktionsfrei bleiben müssen (*non-punitiv*), solange das Ereignis nicht absichtlich herbei geführt wurde. Die Luftfahrt verfügt über ein Melde- und Management-System, das freiwillig und anonym (wenn gewünscht), non-punitiv und sanktionsfrei funktioniert und seit vielen Jahrzehnten unerwünschte Ereignisse reduziert. Auch aus diesem Grund ist das Flugzeug das sicherste Verkehrsmittel¹ der Welt.

Das *Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)* definiert einen Fehler als „eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem/der eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt“. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des *Fehlers*² irrelevant. Sowohl für die Luftfahrt als auch die Medizin steht der Begriff *Fehler* für das Auftreten eines unerwünschten Ereignisses. In der Medizin also ein schädliches Vorkommnis, das eher auf die Behandlung als auf die Erkrankung beruht. Ein solches kann vermeidbar oder unvermeidbar sein. Den Unterschied erkennt man nur durch ein gutes Fehler-Management.

Zu einem systematischen Fehler-Management gehören zwingend folgende Kernpunkte:

- Die Meldung des Fehlers
- Die Erfassung des Fehlers
- Die Bewertung des Fehlers
- Die Bearbeitung des Fehlers
- Die Kommunikation des Fehlers
- Die Vermeidung des Fehlers oder ähnlicher Fehler

Diese Aspekte sind Grundlagen für das moderne *CIRS*, einem System zur Identifikation von Fehlern und Risiken, welches auf der Basis „gemeinsam aus Fehlern lernen“ beruht. *CIRS* erkennt dabei, dass es bei Nutzung eines Fehler-Management-Systems nicht um die Fehlleistung des Einzelnen geht, sondern um die Entdeckung eines zu Grunde liegenden Systemfehlers. Das können Routinen bei Rezeptausstellung, unsichere Kommunikation im Team aber auch potentiell fehlerbehaftete Schnittstellen zwischen Arzt und Patient sein.

¹ Die Wahrscheinlichkeit, bei einem Flugunfall zu sterben, liegt nach Berechnungen des Bundesverbands der Deutschen Luftverkehrswirtschaft (BDL) heute bei 1 : 127,5 Millionen. In den 70er Jahren waren es 1 : 264 000. Damit hat sich die Sicherheit im Luftverkehr in den vergangenen vier Jahrzehnten rund 330-fach erhöht.

² Siehe www.aps-ev.de



Die Medizin hat in 2009 die internationale *Klassifikation für Patientensicherheit*³ eingeführt. *Patientensicherheit* wird hier definiert als "Abwesenheit unerwünschter Ereignisse". In der Folge wurden unterschiedliche Fehler-Melde- und Management-Systeme erschaffen und eingeführt (*CIRS Notfallmedizin, Coliquio, CIRS der dt. Gesellschaft für Chirurgie* und der *CGSS, „Jeder Fehler zählt“, „Kritische Ereignisse“, PASIS, IBS*, etc). Das *Aktionsbündnis Patientensicherheit* hat konkrete Schlüsselbegriffe hierzu veröffentlicht.

Vergleichen wir nun die in der Luftfahrt angewendete Klassifikation, in der auch Fehler in unerwünschte Ereignisse (*adverse events*) eingruppiert werden, die ebenso in aufsteigender Hierarchie den Grad der Auswirkung bestimmen, so lässt sich eine einzige und weltweit gültige Abgrenzung erkennen, die die WHO-Klassifikation und bereits existierende Systeme zum Zweck eines optimierten Fehler-Managements nunmehr erfolgreich ergänzen kann:

1. Unsichere Ereignisse (*Unsafe Acts*):

Beispiele: Procedures versehentlich nicht eingehalten, unterdurchschnittliche Leistungen, ungenügende Überwachung, fehlerhafte Rückmeldung, Ablenkung, inadequate Qualifikation, unzureichende Vorbereitung z.B. durch Briefings, unklare Beschreibungen, etc.

2. Gefährliche Situationen (*Hazardous Conditions*):

Beispiele: Unzureichende Koordinierung im Team, Non-Compliance, Nicht-Berücksichtigung von operationellen Risiken, schadhafte Ausrüstung/Instrumente/Materialien, etc.

3. Zwischenfälle (*Incidents*):

Ereignis, welches zu geringen Schäden führt oder führen kann

Beispiel: Nachblutung bei OP, weil intraoperativ bestimmte Maßnahmen unterlassen wurden

4. Schwerer Zwischenfall mit Schadensfolge (*Serious Incident*):

Ereignis, welches zu Schäden führt aber noch nicht die Kriterien für einen „Fehler“ erfüllt

Beispiel: Falsches verabreichtes Medikament führt zu dauerhafter Schädigung

5. Unfall (*Accident*):

Schweres Ereignis, vergleichbar mit sog. *Never Events*

Beispiele: Amputation falscher Extremitäten oder Tod eines Patienten

Als Experte für Fehler-Management und Fehler-Melde-Systeme in der Luftfahrt empfehle ich, zunächst einmal klare Kriterien der Luftfahrt mit dem bereits vorhandenen medizinischen Definitions-Glossar (*aktiver Fehler* und *aktives Versagen, Behandlungsfehler* und –*schaden, Beinahe-Fehler, Irrtum, Kritisches Ereignis, Medizinischer Fehler*, etc.) abzugleichen und zu medizinische Begriffe konkreter zu standardisieren (*Organizational Changes*).

Darauf aufbauend sollte eine förderliche *Attitude* bei betroffenem medizinischen Personal erkannt, vereinbart und gefördert werden. Dies erfolgt durch Aufklärung und Erklärung auch mithilfe luftfahrt-typischer Methodik in geeigneten Schulungen (*Training*). Dabei werden flankierend Maßnahmen wie die Einführung einer Beratungs- bzw. Melde-Hotline vorgestellt.

Abschließend wird auf regelmäßige Fortbildungen und Erhaltung von Fähigkeiten geachtet (*Recency/Recurrency*).

³ Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS), World Health Organization