

Qualitätsmanagement und Fehlerkultur –

Was sagen kritische Ereignisse über die Qualität unserer Arbeit aus?

LVR-Symposium „Qualität in der Psychiatrie – Messung, Steuerung, Optimierung“, Köln 29. und 30.01.2015

Michael van Brederode
LVR-Klinik Düren

Übersicht

1. Was sind kritische Ereignisse?
 2. Was bedeutet Fehlerkultur?
 3. Was sagt der Umgang mit kritischen Ereignissen über das Qualitätsmanagement?
 4. Was sagen kritische Ereignisse über die Qualität der Arbeit?
-

Annäherung I

Was sind kritische Ereignisse?

Definition: kritisches Ereignis

Ereignisse,

in Folge von Handlungen oder unterlassenen Handlungen

von denen ein tatsächlicher oder beinahe eingetretener Schaden

für Patienten, Mitarbeiter (oder sonstige Personen/Sachwerte)
ausgegangen ist

mit erkennbarem oder potentiell örtlichen und/oder zeitlichen
Zusammenhang zu Behandlungsentscheidungen, -maßnahmen oder
zur Behandlungsumgebung

und potentieller (zumindest theoretischer) Abwendbarkeit

Definition: kritisches Ereignis

Nicht konstitutiv:

- Schaden muss nicht tatsächlich eingetreten sein
 - Schadenshöhe
 - Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit
-

Kritische Ereignisse in der Krankenhausbehandlung

Psychiatrie

- Selbstverletzung
- Fremdaggression
- Suizid/-versuch
- Fixierung
- Entweichung

Psychiatrie und Somatik

- Fehldiagnose
- Mangelnde Aufklärung
- Patientenverwechslung
- Fehlerhafte Arzneianordnung und -gabe
- Fehlerhafte Behandlung
- Pflegefehler (Dekubitus, Dehydration)
- Stürze
- (Massen-)Infektionen
- Fehlerhafte Verwendung von Medizinprodukten
- Straftaten (MA gegen Pat. oder Pat. gegen MA/Pat.)
- Hygiene- und Desinfektionsmängel
- Verstöße gegen Patientenrechte
- Infektion von MA durch Anwendungsfehler

Somatik

- Verwechslung im OP
- Anästhesiefehler
- Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen gegen Willen des Pat.

Mehrdimensionale Relevanz von Kritischen Ereignissen

- **ethisch**
 - **juristisch (straf- oder zivilrechtlich)**
 - **ökonomisch (unmittelbar und mittelbar wettbewerblich)**
 - **im Rahmen der Risikovorsorge**
 - **als Qualitätsindikator (?)**
-

Resümee I

- Krankenhaus ist ein risikointensiver Bereich
 - krankenhausspezifische Risiken haben ein hohes Schadenspotential
 - und mehrdimensionale Konsequenzen und Relevanz
-

Annäherung II

Was bedeutet Fehlerkultur?

Fehlerkultur der Luftfahrt

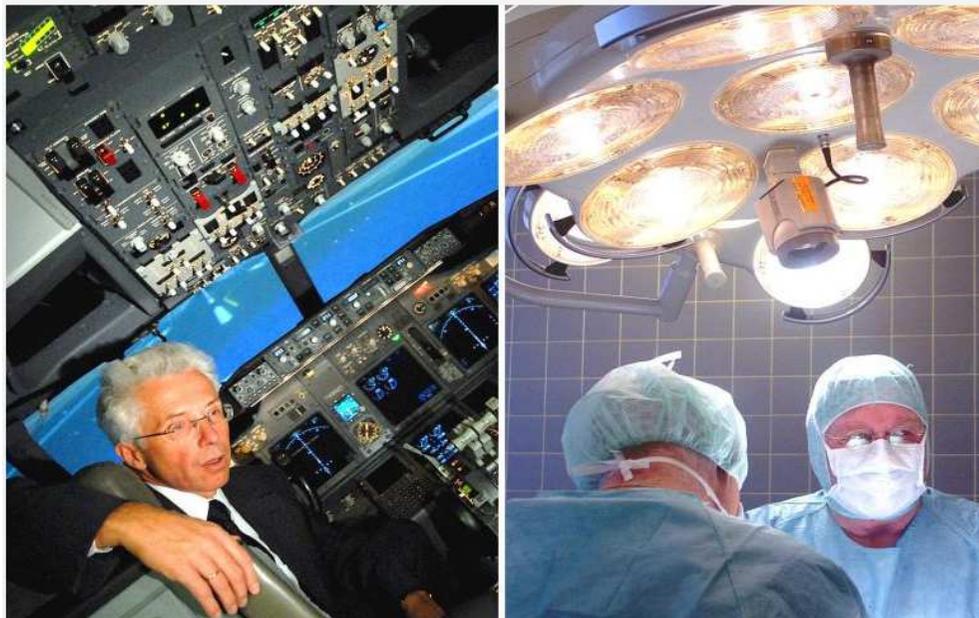


„ Danach hat die technische Untersuchung **ausschließlich zum Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, mit denen künftige Unfälle und Störungen verhütet werden können.....**„

Flugunfalluntersuchungsgesetz

Piloten zeigen Ärzten, wie Fehler zu vermeiden sind

17.000 Menschen sterben in Deutschland jährlich durch Behandlungsfehler. Sicherheitschecks aus der Luftfahrt sollen nun die Zahl der Opfer senken.





STRAFJUSTIZ

Ein unseliger Einzelfall?

Von Friedrichsen, Gisela

Das Berliner Landgericht verhandelt über eine Krankenschwester der Charité, die Patienten getötet haben soll. Warum reagierte die Klinik nicht sofort? Von Gisela Friedrichsen

Patiententötungen kommen häufiger vor als wir denken - das bestätigen Experten



Tatorte sind die Arbeitsplätze in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, notärztliche Rettungsfahrzeuge und Hospize. An diesen Orten ist Sterben alltäglich. Die meisten Menschen sterben in den genannten

Chronik des Schreckens
Patiententötung vor Gericht VON ETZOLD

DIE ZEIT Nr. 08/2005

17. Februar 2005 13:00 Uhr | 

Die Statistik der vergangenen 25 Jahre dokumentiert, wie häufig es zu Patiententötungen kommt. Noch erschreckender wirken die Zahlen, wenn man berücksichtigt, dass dies nur die aufgeklärten Fälle sind und niemand weiß, wie hoch die Dunkelziffer ist. Doch schon das Bekanntgewordene zeigt: Meist sind die Täter – entgegen einer landläufigen Meinung – . Und das Undenkbare



„Patientin bereits verstorben“

SPIEGEL-Reporterin Gisela Friedrichsen zum Beginn des Prozesses gegen den Krankenpfleger Wolfgang Lange

In den Abendstunden des 14. Dezember 1990 wird die Patientin Margarete Pradella, 86, in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh von der Abtei-



Viele neue Verdachtsfälle im Mordprozess gegen Krankenpfleger

POLITIK

25.11.2014 Der Tod von mehr als 180 Menschen wird im Zusammenhang mit einem Mordprozess gegen einen ehemaligen Krankenpfleger...

MEDIZIN

In den Tod gespritzt

Von Dahlkamp, Jürgen; Diehl, Jörg; Ludwig, Udo

In einer bayerischen Klinik brachte ein Pfleger zehn Patienten um – angeblich aus Mitleid.

Die Entdeckung des Serienmörders war reiner Zufall. Am 27. Mai hatte ein Pfleger der Inneren Medizin, Station 1, in der Klinik Sonthofen

Hygieneskandal an Uni-Krankenhaus: **Mannheimer Klinikchef tritt zurück**



Universitätsklinikum Mannheim: Keime und Knochensplinter auf vermeintlich sterilisiertem OP-Besteck

DPA

Resümee II

- Fehlerkultur bezeichnet die Bereitschaft einer Organisation, aus Fehlern zu lernen
- um dadurch die Wiederholungswahrscheinlichkeit kritischer Ereignisse zu mindern

Voraussetzungen

- offener Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen
- sanktionsfreie Toleranzräume
- genaue Analyse kritischer Ereignisse
- Ableitung und Umsetzung von geeigneten Maßnahmen

Noch Umsetzungsdefizite im Krankenhaus!

Annäherung III

Qualitätsmanagement und Fehlerkultur – Was sagt der Umgang mit kritischen Ereignissen über das Qualitätsmanagement?

Vereinbarung des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V ergänzt im April 2014 um § 5

„... das Krankenhaus hat wesentliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchzuführen. Dazu werden unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive Risiken identifiziert und analysiert -> Risikostrategien festgelegt -> Risiken bewertet -> mit dem Ziel der Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen

Sowohl für das klinische Risikomanagement im Allgemeinen als auch für das Fehlermeldesystem im Besonderen ist eine entsprechende Dokumentation und Nachvollziehbarkeit des Systems erforderlich.

Nach Implementierung von Maßnahmen sollen eine Evaluation und gemäß des PDCA-Zyklus ggf. erforderliche Anpassungen erfolgen.“

Maßnahmen zur Risiko- Identifikation (I), Bewertung (B)und Prävention (W)

	I	B	P
• Fehlermeldesysteme	X	X	X
• Kommissionen / Ausschüsse (z. B. Notfall-, Arzneimittel, Hygiene, ASA)	X	X	X
• Beschwerde-, Notfall-, Deeskalations-, Sturz-, Wundmanagement	X	X	X
• Benennung von Risiko-Paten	X	X	X
• interne Projektteams	X	X	X
• Audits, Begehungen, Peer Reviews, Zertifizierungen	X	X	X
• Notfall-/Simulationen	X	X	X
• Nachbesprechung, Analyse von (Beinahe-)Vorfällen	X	X	X
• Berichtswesen, Statistiken, Messungen, Analysen	X	X	X
• externe Beratung	X	X	X
• Alarm-/Notfallgruppen			X
• Schulungen, Fortbildungen			X
• Standards, Anweisungen			X

POLITIK

G-BA schreibt Fehlermeldesystem im Krankenhaus vor

Dienstag, 28. Januar 2014

Berlin – Für Krankenhäuser sind künftig Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme verpflichtend vorgeschrieben. Dies beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 23. Januar und setzte damit einen Auftrag aus dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz um.

Ein Fehlermeldesystem muss demnach für alle Krankenhausmitarbeiter niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein. Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiter erfolgen können. Die Regelung durch den G-BA sieht vor, dass es Einführungen in den Umgang mit Fehlermeldesystemen geben soll.

Vorgabe des GBA:

- **Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeitenden abteilungs- und berufsgruppenübergreifend**
- **niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein.**
- **Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeitenden erfolgen können.**

Resümee III

Die Dokumentation, Auswertung und Analyse kritischer Ereignisse mit geeigneten Verfahren gehört zum unverzichtbaren und rechtlich verpflichtenden Bestandteil eines klinischen Risiko- und Qualitätsmanagements.

Annäherung IV

Was sagen kritische Ereignisse über die Qualität unserer Arbeit aus?

Kategorien der Beinahe-/Vorkommnisse LVR-Klinik Düren

1. Entweichung

2. Entweichungsversuch

3. Entfernung aus dem Ausgang

4. Selbstverletzung

5. Suizid

6. Suizid-Versuch

6.1 Folge: stat. Behandlung Somatik

6.2 Weiterbehandlung LVR-Klinik Düren

7. Stürze

7.1 Stürze mit Verletzungen

7.1.1 Folge: stat. Behandlung Somatik

7.2 Stürze ohne Verletzungen

8. Verletzung von Beschäftigten

8.1 durch Unfall

8.1.1 Folge AU

8.2 durch Patienten

8.2.1 Folge AU

8.3 durch Stichverletzungen

8.3.1 Folge AU

9. Fremdaggression / Bedrohung ohne Verletzung

10. Verletzung von Patienten

10.1 durch Unfall

10.1.1 Folge: stat. Behandlung Somatik

10.2 durch Sportunfall

10.2.1 Folge: stat. Behandlung Somatik

10.3 durch Patienten

10.3.1 Folge: stat. Behandlung Somatik

11. Sachbeschädigungen

12. Verlust von Wertsachen

13. Somatischer Notfall

13.1 Behandlung durch Alarmgruppe

13.2 Behandlung durch Notarzt

14. Falsche Medikamentengabe

14.1 mit Komplikationen

14.2 ohne Komplikationen

15. Brände

15.1 Brand

15.2 Fehlalarm

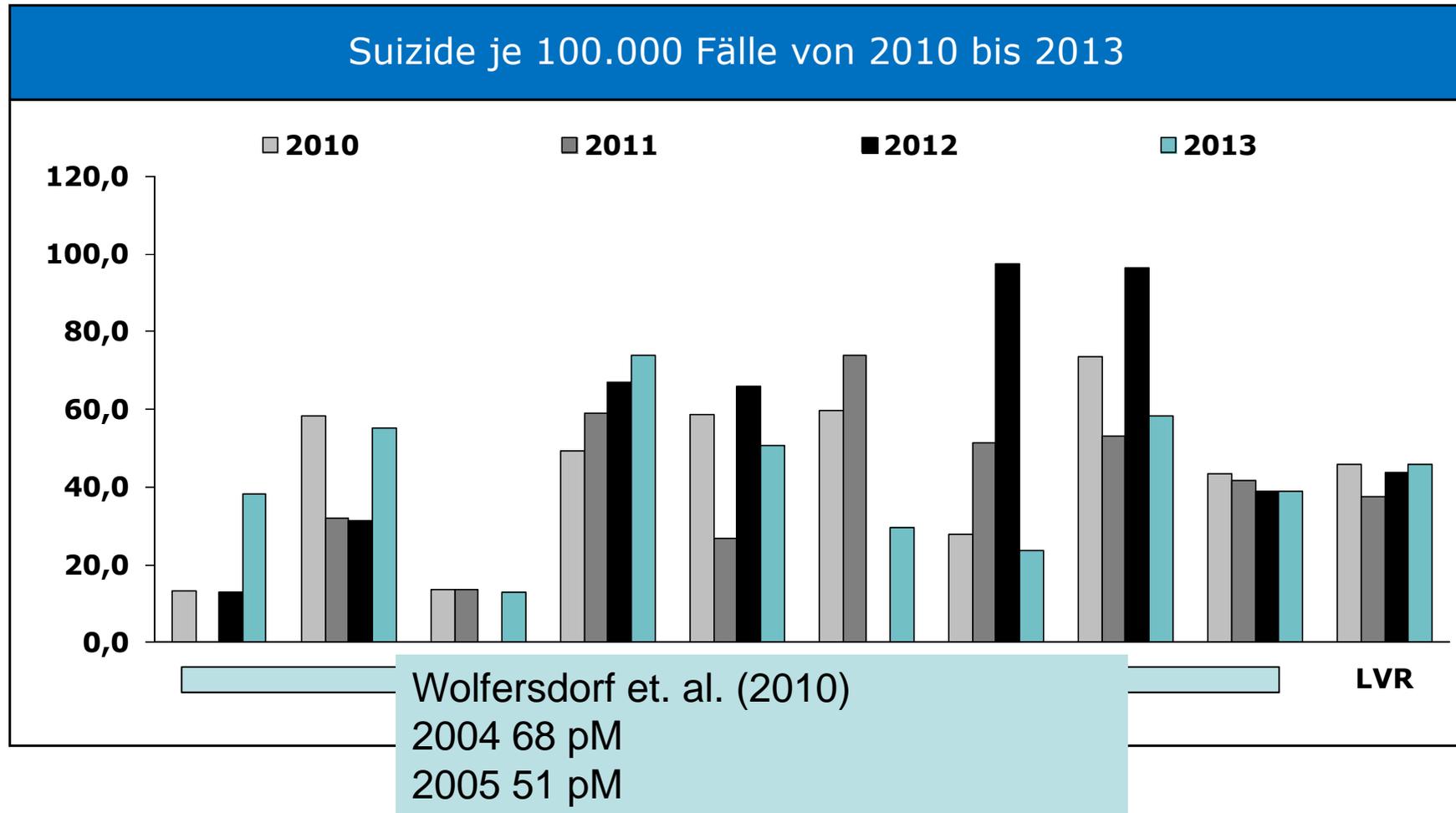
16. Sicherheitsrisiken

17. Vorkommnisse durch externe Faktoren

18. Sonstige

19 Beinahe Vorkommnisse

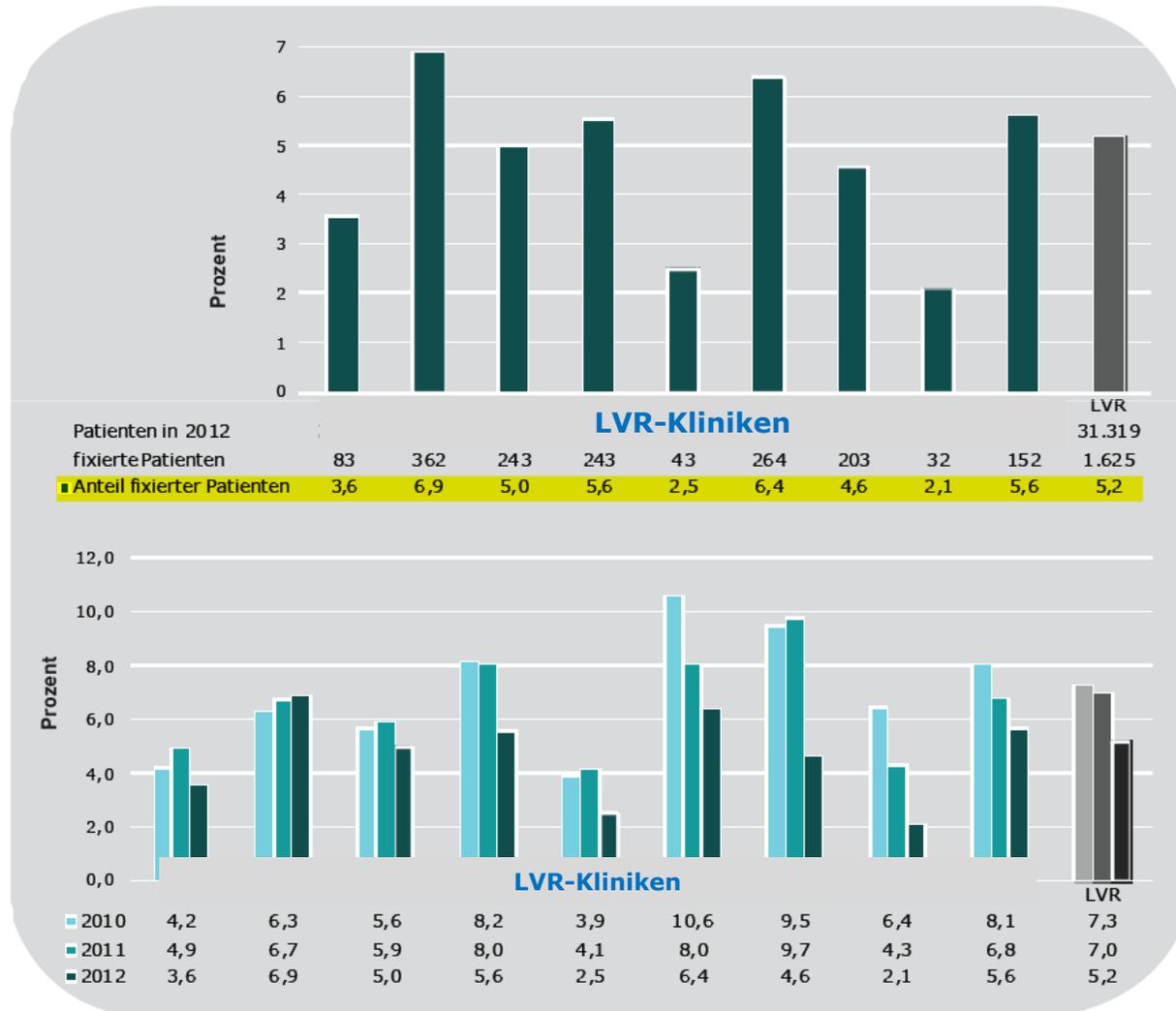
Quote der erfolgreichen Suizide



Mögliche verfälschende Einflussfaktoren bei der Ermittlung der Suizidraten

- Meldecompliance
 - Informative Einbettung
 - Risikostreuung
 - Umgang mit Schutz vs. Selbstbestimmung
 - Zufall
-

Anteil der fixierten Patienten an Gesamtpatientenzahl / LVR



Definition: kritisches Ereignis

Fixierung = Ereignis,

in Folge von Handlungen oder unterlassenen Handlungen

von denen ein tatsächlicher oder beinahe eingetretener Schaden

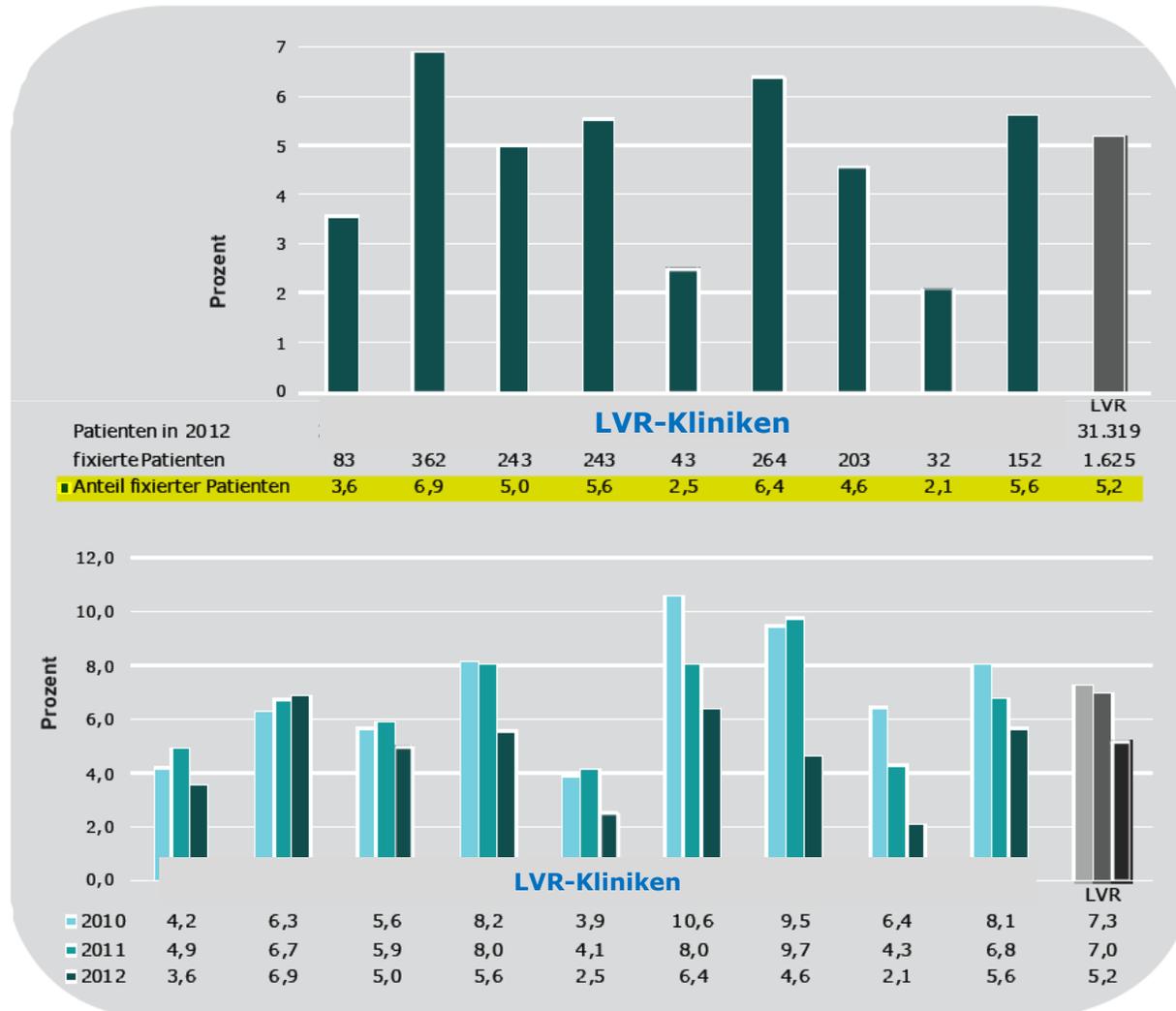
für Patienten, Mitarbeiter (oder sonstige Personen/Sachwerte)
ausgegangen ist

mit erkennbarem oder potentiell örtlichen und/oder zeitlichen
Zusammenhang zu Behandlungsentscheidungen, -maßnahmen oder
zur Behandlungsumgebung

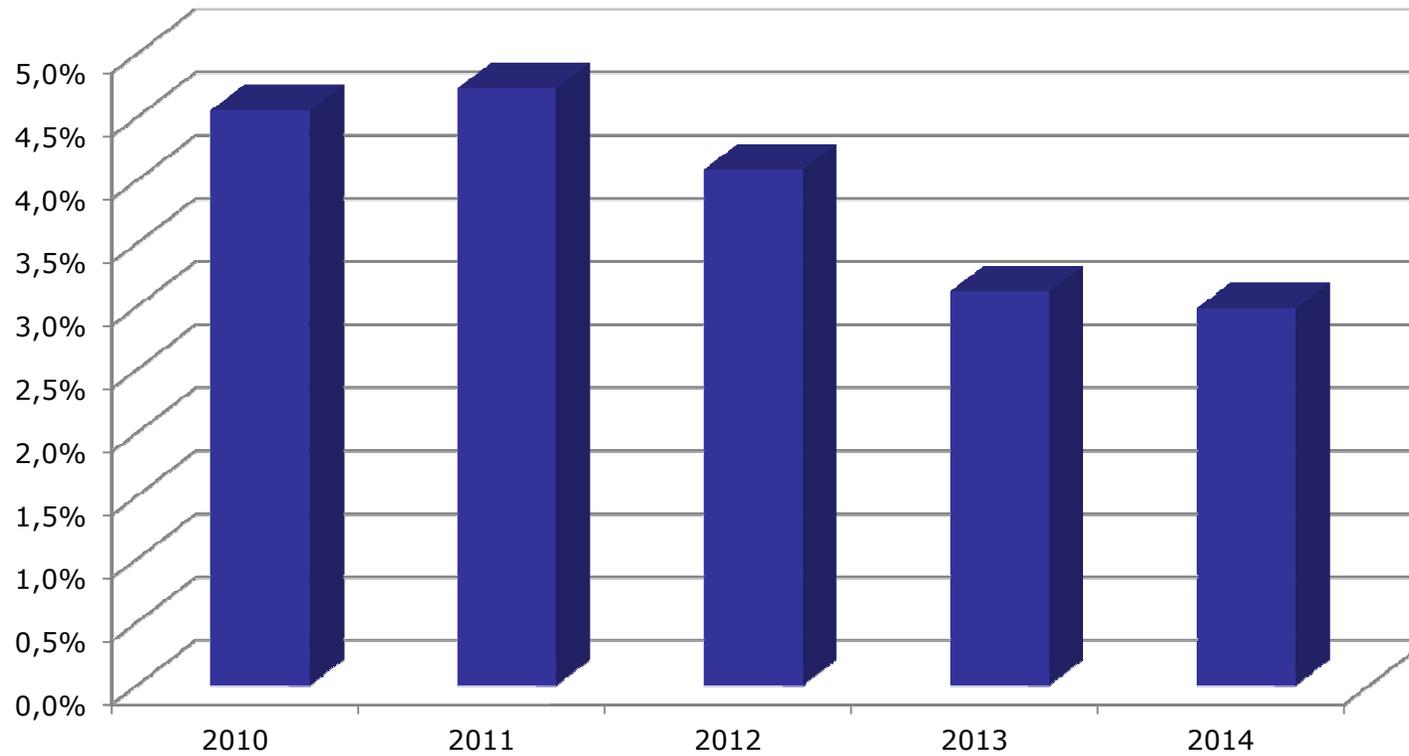
und potentieller (zumindest theoretischer) Abwendbarkeit



Anteil der fixierten Patienten an Gesamtpatientenzahl / LVR



Fixierungsquote Fallebene



Mögliche Wirkfaktoren für Rückgang der Fixierungen

- höhere Sensibilität und veränderte Sichtweise
 - veränderte professionelle Handlungsmuster
 - Verfahrensentwicklung (Deeskalationstrainings, Haltetechniken etc.)
 - veränderte rechtliche Rahmenbedingungen
 - verbesserte personelle und räumliche Standards
-

Mögliche verfälschende Einflussfaktoren bei der Ermittlung der Fixierungsraten

- Dokumentationscompliance
 - variierende Fixierungskategorien: Selbst- und Fremdgefährdung vs. Sturzprävention
 - Risikoadjustierung
-

Resümee IV

- **Statistische Aufbereitung kritischer Ereignisse kann wichtige qualitätsrelevante Hinweise liefern (Cockpitfunktion)**
- **Unverzichtbarer Bestandteil der Risikoprävention im Krankenhaus**
- **Longitudinale und einrichtungsübergreifend-vergleichende (Benchmark) Analysen sinnvoll**

Aktuelle Mängel

- **Validität und Reliabilität**
 - **Risikoadjustierung**
 - **Keine oder unzureichende Normierung**
-

Hohe Bedeutung qualitativer Analysen



Sicherheitsphilosophie in der Luftfahrt basiert nicht primär auf statistischen Analysen sondern auf der genauen Untersuchung jedes einzelnen kritischen Ereignisses und der Ableitung von Maßnahmen.

Dank für die Überlassung von Informationen und Präsentationsteilen

Dr. S. Briesemeister, Dez. 8 Köln
D. Lemmer, LVR-K Düren
Dr. R. Mennicken, Dez. 8 Köln