



# **Fehlermeldung – Alleinheilmittel für Patientensicherheit?**

Fiona Mc Dermott

## Agenda

- » Patientensicherheit in den Medien
- » Fehlerkette / Systemischer Sicherheitsansatz
- » Fehlermeldesysteme
  - » Ziele
  - » Systematische Analyse
- » Risikomanagement
- » Fazit

## Patientensicherheit in den Medien



Neuer AOK-Krankenhaus-Report vorgelegt

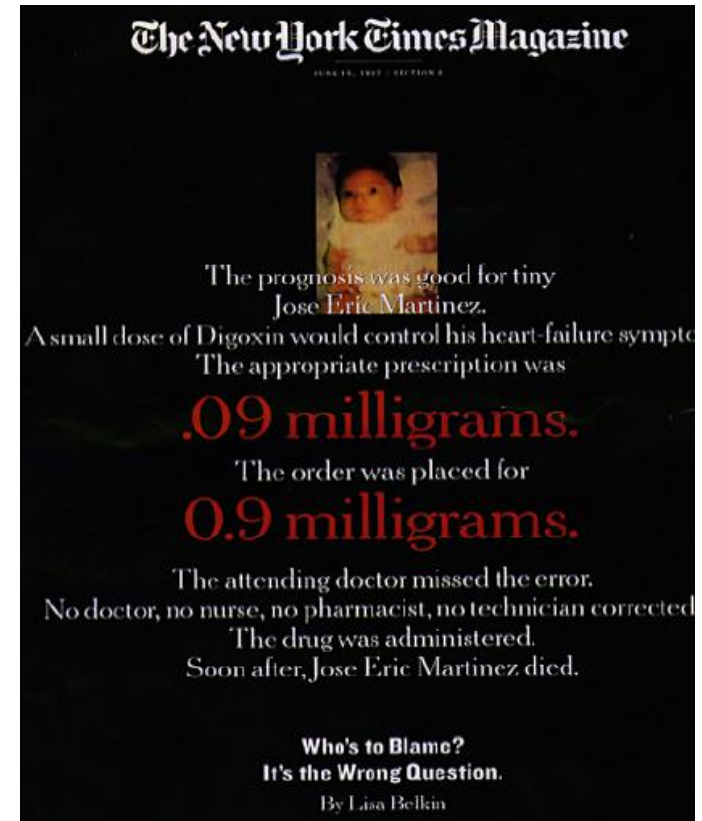
**19.000 Tote durch Klinik-Fehler**

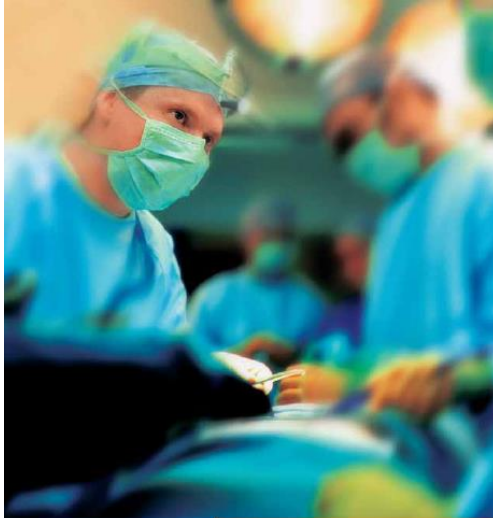
Tagesschau:21.01.2014

### **So schlimm ist der Pfusch im Spital**

**1000 Patienten sterben jedes Jahr, weil in Spitälern geschlampt wird. Hauptursachen: Arbeitsüberlastung und Selbstüberschätzung der Halbgötter in Weiss.**

blick: 27.10.2007





Aus  
Fehlern  
lernen

Aktionsbündnis  
Patientensicherheit e.V. (Hrsg.)  
Profis aus Medizin  
und Pflege berichten



Auf dem Operationsbogen ist die rechte Seite vermerkt. „Konsequenterweise“ operiere ich das falsche Knie.

**Professor Dr. med. Bertil Bouillon,**

Facharzt für Chirurgie, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Lehrstuhl der Universität Witten/Herdecke am Klinikum Köln-Merheim



Mein Fehler war, dass ich meinen eigenen Erfolg zeigen wollte und den Willen der Patientin missachtet habe.

**Professor Dr. med. Peter Sawicki,**

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln

Immer wieder überlege ich, wie ich die Klemme im Bauch meines Patienten habe „vergessen“ können.



**Professor Dr. med.**

**Matthias Rothmund,** Facharzt für Chirurgie  
Direktor der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie,  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

## Patientensicherheit

- befasst sich primär mit der Vermeidung, Prävention und Bewältigung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen im Zuge der Gesundheitsversorgung.
- ist mehr als nur die Abwesenheit schädigender Ereignisse.
- ist nicht die Eigenschaft einer Person, eines Geräts oder einer Abteilung.

Die Erhöhung der Patientensicherheit beruht auf dem Verständnis, wie Sicherheit aus der Interaktion dieser Komponenten erwächst.

(nach Vincent, 2006, S.14)



## Eisbergmodell



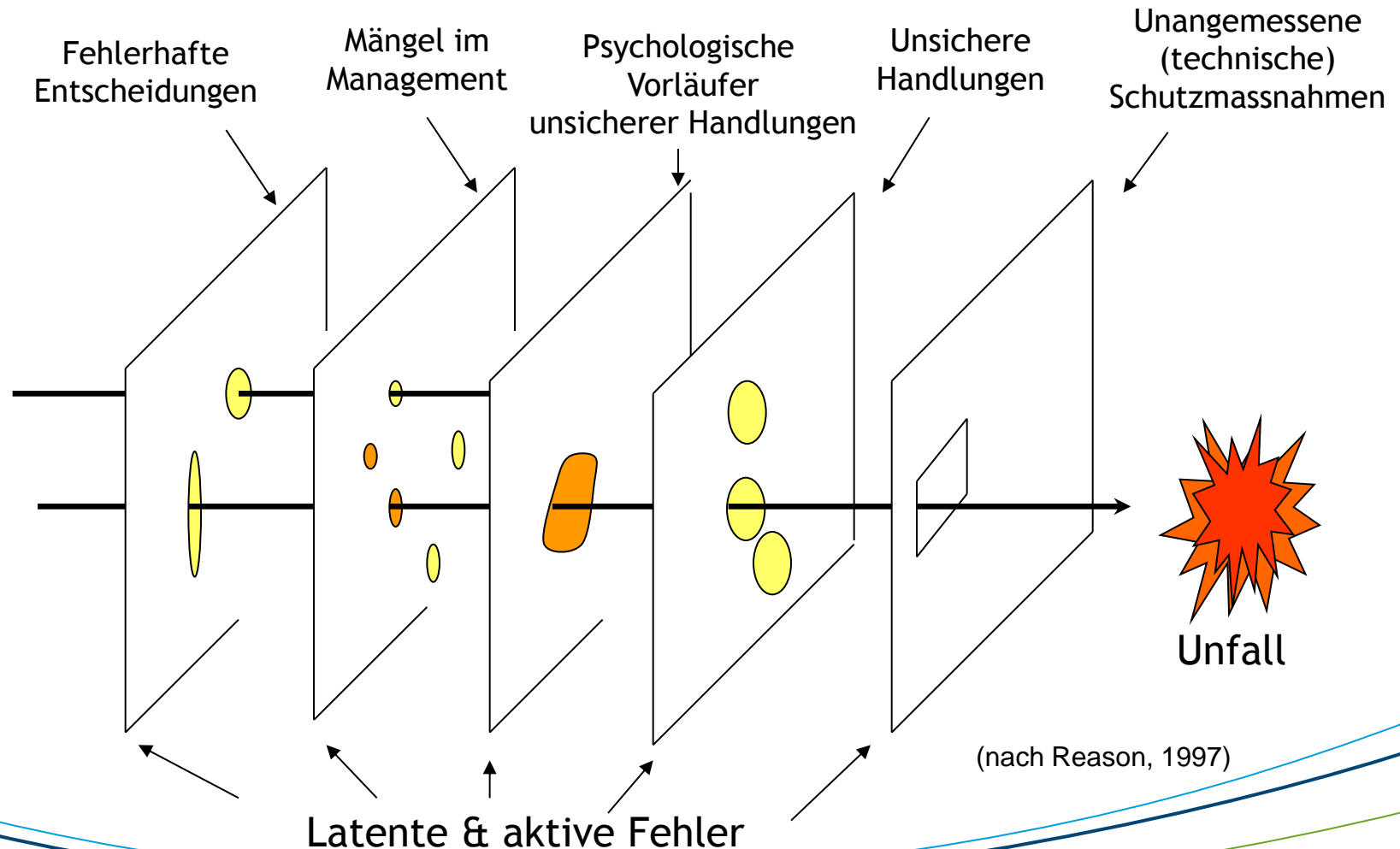
1 schwerer Unfall  
10 Unfälle  
30 Beinahe Unfälle

---

600 unsichere  
Handlungen ohne  
schwerwiegende  
Konsequenzen

Grundlage: «accident ratio study» (Bird, 1966)

# Systemischer Sicherheitsansatz



## Ziele von Fehlermeldesystemen

- » Erfassen auch von Fehlern/Ereignissen, um frühzeitig Schwachstellen zu erkennen
- » organisationales und individuelles Lernen
- » oft angestrebt: veränderte Sicherheitskultur
  - » sicherheitsrelevante Wahrnehmungen und Einstellungen der Mitarbeiter (z.B. Einstellung zu Teamarbeit, Kooperation, Umgang mit Fehlern in der Organisation in Bezug auf Sicherheit)
- » themenbezogen oder organisationsbezogen möglich



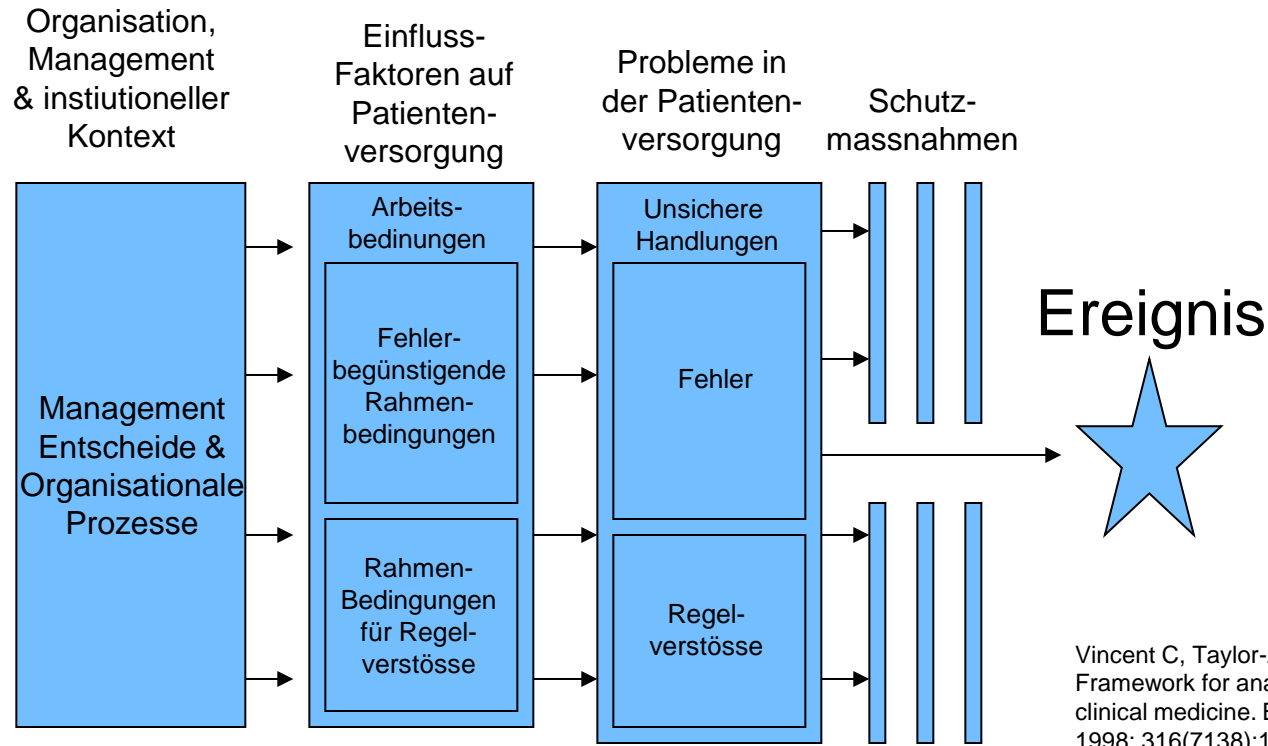


## Fall des Monats "Mai 2014":

### Abkürzung HWI: Hinterwandinfarkt oder Harnwegsinfekt?

- » **Wo?:** Innere Medizin, Krankenhaus, Routinebetrieb, Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)
- » **Was?:** "HWI" war als Abkürzung in der Patientenakte eingetragen. Die Mitarbeiterin der Pflege deutete dies als "Harnwegsinfekt". Gemeint war jedoch ein "Hinterwandinfarkt". Die Mitarbeiterin forschte in der Akte nach und fand dort die richtige Diagnose. Keine Patientenschädigung
- » **Warum?:** Es gab eine unterschiedliche Deutung des Kürzels "HWI" innerhalb des Teams. Vermieden könnte dies durch eine eindeutige Zuweisung von Kürzel und Bedeutung.
- » **Welche Faktoren?:** Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- » **Häufigkeit?:** erstmalig
- » **Wer berichtet?:** Pflege-, Praxispersonal

# Systematische Ereignis Analyse als Grundlage des Lernens



**Fehlermeldung als „window to the system“** (Vincent, 2004)

## Fall des Monats "Mai 2014": Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de:

- » missverständliche Abkürzung HWI
- » Beispiel Medizinische Abkürzungsliste auf Wikipedia:
  - »HD: Hämodialyse oder Hüftdysplasie u. a.
  - »HSM: Herzschrittmacher oder Hirnschrittmacher
  - »CVI: chronisch venöse Insuffizienz oder cerebrovaskuläre Insuffizienz
  - »HI: Herzinfarkt, Hirninfarkt oder Herzinsuffizienz
- » unleserliche oder missverständliche Abkürzungen bei Medikamentenverschreibung
- » Verwechslungen von Gewichtseinheiten ( $\mu\text{g}$  und  $\text{mg}$ ) oder übersehene Kommata
- » im englischsprachigen Raum gibt es Anweisungen welche Abkürzungen verwendet werden sollen und welche nicht verwendet werden dürfen
- » möglichst generell auf Abkürzungen verzichten; für unbedingt notwendige Abkürzungen verbindliche Liste für das ganze Krankenhaus erstellen

## Fehlermeldesysteme: Erfolgscharakteristika

- » Freiwilligkeit
- » Anonymität / Vertraulichkeit
- » Keine negativen Konsequenzen für Berichtende
- » Unabhängigkeit des Berichtssystems
- » Analytischer Rahmen
- » Feedback

## Fall des Monats "September 2014": Verwechslung Pancuronium und Midazolam

- » **Wo?:** Anästhesiologie, Krankenhaus, Routinebetrieb
- » **Was?:** Midazolam i.v. wurde mit Pancuronium i.v. verwechselt, beide Spritzen waren mit den Aufklebern der Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) versehen.
- » **Häufigkeit?:** erstmalig
- » **Wer berichtet?:** Pflege-, Praxispersonal



## Fall des Monats „September 2014“: Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de:

- » Verwechslung von Midazolam und Pancuronium, wobei beide Spritzen mit den Etiketten der DIVI gekennzeichnet waren
- » Die Empfehlung der DIVI zur Kennzeichnung von Spritzen wurde:
  - » im Jahr 2010 erstmalig publiziert,
  - » im Jahr 2012 aufgrund von neuen Erfahrungen und der Identifikation von Schwachstellen aus CIRS-Berichten überarbeitet sowie
  - » im Jahr 2014 noch einmal ergänzt/weitergeführt.

Fall des Monats „September 2014“:  
Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de:

**Midazolam**

1 mg/ml

**Pancuronium**

1 mg/ml

Status quo vor 2012

**Midazolam**

1 mg/ml

**PANcuronium**

2 mg/ml

Neu nach Änderung 2012

(www.cirsmedical.de, www.pro-patientensicherheit.de)

## Sicherheits-/Organisationsdiagnose mittels Fehlermeldung?

- » Anzahl und Typen von Vorfällen muss nichts Negatives über Abteilung/Krankenhaus aussagen
  - » „Counting incidents is a waste of time“ (Billings, 1998)
  - » Meldeverhalten (welche Art von Vorfällen werden gemeldet) vs. tatsächliche Problemfelder der Organisation
  - » reges Meldeverhalten kann auf erhöhte Aufmerksamkeit zurückgehen (pos. Sicherheitskultur) (Edmondson, 1996)
- » Analyse einzelner Vorfälle liefern gehaltvolle Einblicke in Schwierigkeiten und Abläufe in einer Organisation

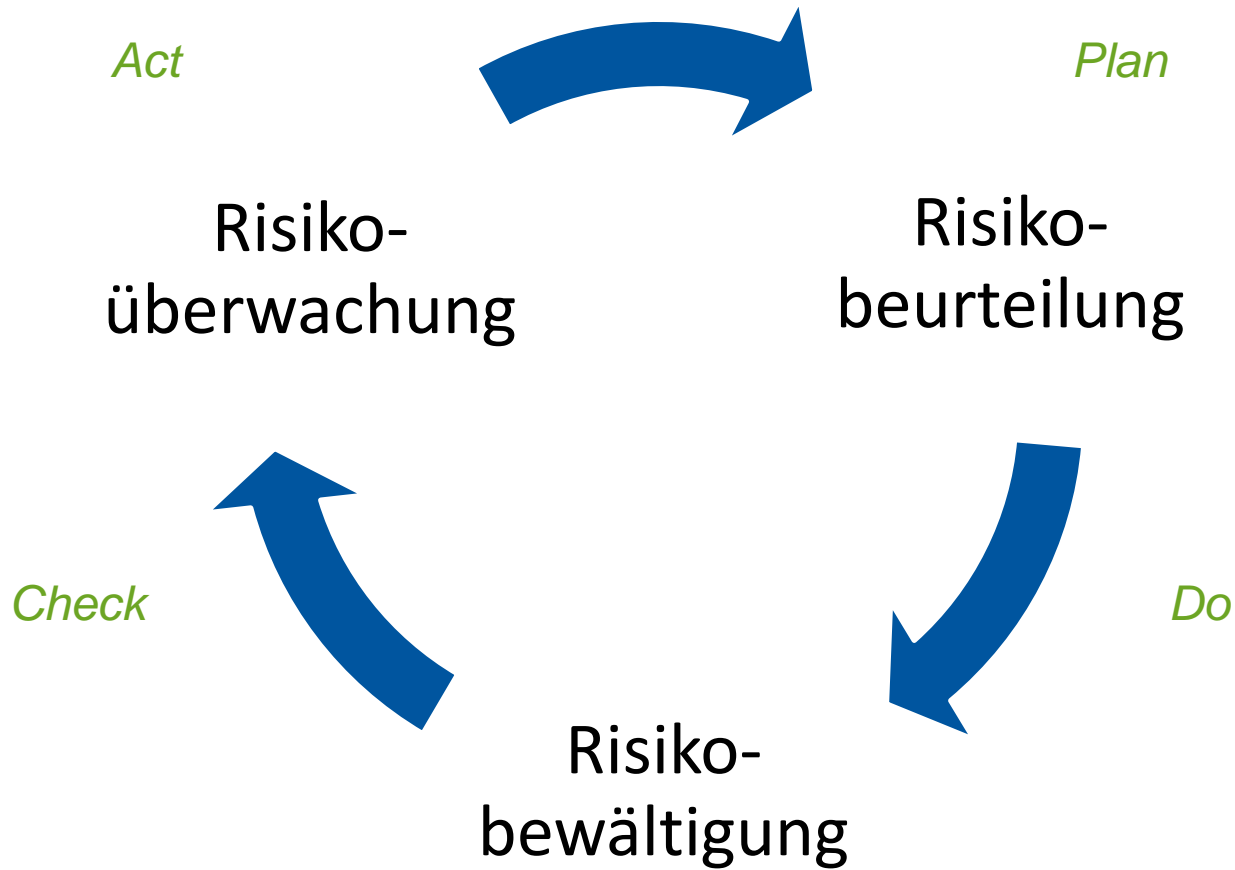
## Fehlermeldung als Alleinheilmittel?

- » Mitarbeiter melden Ereignisse
- » Patientenperspektive
- » Risiken von außen
  - » Veränderung bei den Patienten (Demenz, Sprache etc.)
  - » Lieferanten, Produkte
  - » Etc.
- » 3-5% aller Ereignisse werden gemeldet (Leape et al., 1995)

Gibt es weitere Möglichkeiten um Risiken zu identifizieren?

## Risikoidentifikation

- » Krankenaktenanalysen
- » Beschwerde-Management
- » Auswertung von Behandlungsschäden und/oder Anspruchserhebungen
- » Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung
- » Interne/externe Risiko-Audits
- » Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung
- » Analyse von Daten zur Abrechnung
- » Analyse eigener Kennzahlen
- » Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen
- » (Schriftliche) Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur
- » Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler
- » Gesetzliche Meldesysteme





## Gesetzliche Verpflichtung zu Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen SGB V §137,(1d)

- » PDCA-Zyklus: Prozessanalyse, Maßnahmenableitung, Evaluation, Einführung
- » Risikoidentifizierung, -analyse und -bewertung
- » CIRS berufsgruppenübergreifend, einrichtungsübergreifend
  - »niederschwelliger Zugang
  - »freiwillig
  - »anonym
  - »sanktionsfrei
- » CIRS Mitarbeiterschulungen
- » Festlegung einer Risikostrategie
- » Risikomanagement

## Klinisches Risikomanagement

### » **Definition:**

„Unter dem Begriff des klinisches Risikomanagements soll [...] die zielgerichtete **Planung, Koordination, Ausführung** und **Kontrolle aller Maßnahmen** verstanden werden, die zur **Vermeidung unbeabsichtigter** krankenhausesinduzierter **Patientenschädigungen** bzw. zur Begrenzung ihrer Auswirkungen dienen.“

(Middendorf C, Klinisches Risikomanagement, 2006)

»System Krankenhaus steht im Fokus

»Wichtiger Aspekt der Unternehmensführung

»Risikobewusstsein der Mitarbeitenden fördern

(Kahla-Witzsch A, Praxis des klinischen Risikomanagements, 2005)

# Instrumente des klinischen Risikomanagements



(Gausmann, 2011)

Retrospektiv

Prospektiv

## FAZIT

- » „Jeder Fehler zählt“
- » Fehlermeldung alleine reicht nicht aus
- » Fehlermeldung ist ein Aspekt des klinischen Risikomanagements
- » Sensibilisierung der Mitarbeiter
- » Unterstützung durch Unternehmensführung



Erhöhung der Patientensicherheit

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Institut für Patientensicherheit

Fiona Mc Dermott

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Fiona.Mc\_Dermott@ukb.uni-bonn.de

0228-738367