



Der Fehler ist auf dem Weg – geh ihm entgegen!

von Doreen Reichert, Mark Peters

Fehler- und Risikomanagement gehören eng zusammen und gerade im Hygienebereich kommt ihnen eine wichtige Rolle zu. Einerseits haben wir zahlreiche Hygienevorschriften und auch Möglichkeiten, im Gesundheitsbereich mit den Infektionsgefahren umzugehen, und andererseits mehren sich nosokomiale Infektionen und resistente Keime. Betrachtet man Hygiene jetzt vor dem Hintergrund von Fehler- und Risikomanagement, dann zeigt sich, dass auch in diesem Bereich durchaus Potenzial für die präventiven Ansätze liegt.

Eine Auswertung von zahlreichen Studien ergab, dass pro Jahr im Krankenhausbereich mit fünf bis zehn Prozent unerwünschter Ereignisse, zwei bis vier Prozent Schäden, einem Prozent Behandlungsfehler und 0,1 Prozent Todesfällen, die auf Fehler zurückgehen, zu rechnen ist. Bei jährlich 17 Millionen Krankenhauspatienten entspricht dies

850.000 bis 1,7 Millionen unerwünschten Ereignissen, 340.000 Schäden (vermeidbare unerwünschte Ereignisse), 170.000 Behandlungsfehlern (mangelnde Sorgfalt) und 17.000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückzuführende Todesfälle. Der gesamte ambulante Bereich ist darin nicht enthalten. (Quelle: Sachverständigenrat zur Begut-

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung, BMG 2007)

Die geschilderten Fehler betreffen auch den Umgang mit der Hygiene. Andere Untersuchungen geben hier einen Einblick in potenzielle Ursachen bzw. den Hintergrund für dieses Phänomen.

Aus über 1.500 anonymen Hygiene-Wissenschecks geht z. B. hervor, dass es selbst bei Hygienefachkräften durchschnittlich 40 Prozent an Wissen fehlt. Die ermittelten Kennzahlen zeigten zum Teil dramatische Ergebnisse: Z. B. sagen 50% der anonym befragten Azubis, dass sie noch nie eine Hygieneschulung erhalten haben.

Fehler und Risiko

Wie jeder weiß, gehören Fehler und Risiko eng zusammen und sind wichtige Teile der Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Nicht bei jedem Fehler kommt ein Mensch zu Schaden, zum Glück. Fehler- und Risikoanalysen befassen sich deshalb nicht nur mit den gemachten Fehlern, sondern auch mit sogenannten Beinahe-Fehlern und Risiken, aus denen Fehler entstehen können, welche dann Menschen gefährden.

Umpflanzen im Kopf – Menschen im Umgang mit Fehlern kultivieren. Sicherheitskultur für eine höhere Patientensicherheit etablieren! – Lassen Sie uns „menscheln“

Ist wirklich jeder Fehler ein Schatz? Oder jeder Schatz ein Fehler?

Irren ist allzu menschlich, aber dann? Es trifft uns, unser Kind, die Schwester oder die Mutter. Nicht schlimm, nur ein kleiner Fehler. Die Tablettenvergabe auf der onkologischen Station wurde im Sauseschritt vollzogen. Zum Tablettencocktail wurde gleich ein MRE mitgeliefert. Tatort Händedesinfektion. Tatbestand – Unterlassen mit Todesfolge.

Gerade in der Klinik, wo ein Fehler schlimme Folgen haben kann, entsteht oft der Wille zur Veränderung. Neben der Veränderungsbereitschaft tragen eine intensive Auseinandersetzung mit den Ursachen sowie eine offene Kommunikationsatmosphäre, Angstfreiheit und eine Abkehr von der Schuldfrage maßgeblich dazu bei, dass aus einem Fehler eine Lernchance erwächst.

Im Gesundheitswesen haben die Mitarbeiter oft Angst vor disziplinarischen und juristischen Konsequenzen. Im Zu-

sammenhang mit Fehlern passiert es deswegen immer noch, dass diese verheimlicht, vertuscht oder verharmlost werden. Eine Fehlerkultur und vernünftige Mechanismen im Umgang mit Fehlern sind noch nicht in allen Einrichtungen etabliert. Der Fehler bleibt ein Sicherheitsrisiko, die Lernchance zur Verbesserung des Systems wird oftmals vertan. Ein Fehler ist also nicht per se ein Schatz und ein Schatz nicht per se ein Fehler.

Beispiele für Fehler und Risiken im Hygienebereich

Gegen Ende ihres Arbeitstages gehen Mitarbeiter in der medizinischen Versorgung oft nachlässiger mit der Händedesinfektion um. Eine Analyse der Daten von 1674 Angestellten in 112 Einrichtungen des Gesundheitswesens ergab, dass die Händedesinfektionsdisziplin im Verlauf einer 8 Stunden-Schicht um durchschnittlich 19,2% fiel. Studienleiter Axel Jakobi vermutet, dass die anstrengende Arbeit mit Patienten den mentalen Aufmerksamkeitsspeicher stetig leert. Quelle: Heidelberger Hygiene Rating

Andere Studien zeigen, dass das Vernachlässigen der Händedesinfektion auch stark mit einer zu geringen Personaldecke, mangelnder Zeit und starker Arbeitsbelastung zusammenhängt.

Fehler bieten Chancen für die Wertschöpfung

Ein Fehler ist von Haus aus kein eigener Ansatzpunkt für einen Wertschöpfungsprozess. Das ist nur bedingt richtig!

Der systematische Fehler gehört noch immer zu den häufigsten behandlungsassoziierten medizinischen Fehlern. Wenn sie sich häufen, fallen sie auf und werden abgestellt. Oftmals sind diese Fehler für den Betrachter zunächst nicht entscheidend. Sie werden verharmlost, z. B. die Arzneimitteltherapie. Stichwort Compliance bzw. Adherence im Therapieverlauf. Der Therapieerfolg ist von vielen Faktoren abhängig. Die sichere Medikamenteneinnahme oder Verabreichung gehören natürlich dazu. Als Beispiel eines typischen Systemfehlers kann der Weiterbildungsstand des Per-

sonals gelten – der häufig direkt mit dem Auftreten von Adhärenzproblemen in Zusammenhang steht. Die Verantwortung des Arztes und der nicht-ärztlichen Assistenz stehen hier im Mittelpunkt. Ein Beispiel ist die Infusionsgabe. Eine Infusion sollte erst angesetzt werden, wenn der Patient da ist (maximal eine Stunde vor der Anwendung). Die Realität sieht häufig anders aus.

Typische Fehler bei der Infusionsgabe:

1. Falsche Lagerzeit
2. Falsche Lagerung
3. Anmischungsverhältnis stimmt nicht
4. Hygienevorschriften werden nicht eingehalten
5. Patient wird nicht nach aktuellem Befinden befragt
6. Keine ausführliche Dokumentation
7. Keine Infusionsüberwachung durch Mitarbeiter
8. Falsche Entsorgung (Recapping)
9. Patient kommt nicht regelmäßig zur Therapie (fehlende Compliance)

Was nützen Fehler?

Was können wir besser machen, wenn der Fehler oder der Beinahe-Fehler passiert ist?

Beispiel Punkt 9: Patient kommt nicht regelmäßig zur Therapie (fehlende Compliance)

- Fehler erkennen: Patient kommt unregelmäßig zur Therapie
- Fehler bewerten: Auswirkung für Patient und Klinik (Heilungsprozess stagniert, Ablaufprozess gestört, Kosten)
- Fehler analysieren: Patient ist nicht compliant
- Fehler vermindern: Patientenbedürfnisse analysieren, Widerstände erkennen (spezielle Mitarbeitertrainings: motivierte Kommunikation, Fragebogen „BPP-Patientenerstinschätzung“)
- Fehler beheben: Therapie bedarfsgerecht gestalten (z. B. Recall-System, Therapieform prüfen)
- Patientencompliance bewirken

Wege des Risikomanagements

Der Begriff Risiko wird aus der Seefahrt hergeleitet und bedeutet im ursprünglichen Sinne „eine Klippe umschiffen“, aber auch das „Eingehen von Wagnissen“.

Ein Risikomanagement hat zum Ziel, schwere Unfälle oder Fehler vorherzusehen und zu vermeiden bzw. einen planvollen Umgang mit Risiken zu kultivieren.

Einrichtungsinterne Möglichkeiten

Eine sinnvolle Möglichkeit sind ein funktionierendes Fehlermeldesystem und Boni für Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter sowie gelebte Organisations- und Strukturqualität statt Zertifikaten. Ein unechtes Zertifikat mag den einen oder anderen Kunden blenden, die Mitarbeiter demotiviert es, wenn es nicht gelebt wird. Das ungerechtfertigte Vertrauen in viele Zertifikate, nach dem Motto „Viel hilft viel“, sollte kritisch hinterfragt werden.

Von der Geschäftsführung bis zu den Mitarbeitern muss ein hygienisches patientenorientiertes Handeln von allen gelebt werden.

Risiken entstehen auch durch die Idee, dass alle Mitarbeiter alles können müssen (Rotationsgedanke). Nicht jeder Mitarbeiter kann alles gleich gut. Dadurch werden viele Mitarbeiter bis zum Burnout überfordert. Die Stärken und

Schwächen der Mitarbeiter müssen analysiert und dementsprechend gezielt eingesetzt werden.

Fehlermeldesystem

Was zählt, ist nicht die Schuldfrage, sondern der konstruktive Umgang mit dem Fehler. Jeder Fehler ist eine kostenlose Beratung.

Wie wird damit umgegangen, wenn der Fehler gemeldet wird? Verschwindet er im Klinikirwana? Vertraut man demjenigen, der das Fehlermeldesystem durchführt?

Wege zur Risikominimierung mithilfe externer Expertise

Denkbar sind präventive Konzepte, die auch auf der Expertise externer Berater basieren. Ein möglicher Ablauf:

- Durchführung einer Risikoanalyse der Einrichtung im Rahmen der Hygiene (einschließlich der Analyse genereller struktureller, organisatorischer, systematischer, kommunikativer Stärken und Schwächen) – die Analyse wird mithilfe von Mitarbeiterbefragungen und einer Begehung erstellt.
- Beschreibung der Ergebnisse in Form einer Ist-Soll-Gegenüberstellung
- Ableiten von weiterführenden Schritten in Gesprächen mit den zuständigen Führungs- und Leitungskräften (vorzugsweise in einem Ziel- und Umsetzungsworkshop)

- Bestimmung von Verantwortlichkeiten
- Planung konkreter Zeithorizonte

Fazit

Fehler passieren und werden auch immer passieren. Wichtig ist, wie man in einer Einrichtung mit Fehlern umgeht und welche Schlüsse man daraus zieht. Auch im Hygienebereich passieren Nachlässigkeiten und Fehler. Häufig werden diese im Risikomanagement nur dann beachtet, wenn es sich um gravierende Hygienemängel handelt. Kleinere Nachlässigkeiten können aber gerade im Bereich der Hygiene gravierende Folgen haben. Sinnvoll ist es deswegen, frühzeitig zu agieren und im Vorfeld zu handeln, statt dann nur noch reagieren zu können. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, hier aktiv zu werden. Nutzen Sie die Expertise in Ihren eigenen Reihen und überlegen Sie gemeinsam, welche Ansatzpunkte es gibt, oder suchen Sie sich externe Beratung und Unterstützung, wenn Sie sich eine objektive Sicht und einen Vergleich mit anderen Einrichtungen wünschen. Wichtig ist, sich der Tatsache bewusst zu sein, dass ein ausgereiftes Konzept zum Fehler- und Risikomanagement im Bereich der Hygiene nicht nur Hygienemängel verhindern kann, sondern auch gleichzeitig einen Ansatzpunkt für eine bessere Wertschöpfung darstellen kann.

Doreen Reichert

Studium der Psychologie, Mediatorin und Management-Coach, Heidelberg.

Mark Peters

QM-Spezialist, geschäftsführender Senior-Berater für Changemanagement und Qualitätssicherung, Mediator und Auditor im Gesundheitswesen, Heidelberg.



#8032001